UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE
1920-1921 2e Série N° 154

DE LA SIGNIFICATION
DU
PETIT FIBROME UTÉRIN
dans ses rapports avec
LA STÉRILITÉ ET LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le samedi 16 avril 1921

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

MENTION « MÉDECINE »

PAR

CHRISTITCH (Stavra)
né le 4 Septembre 1892, à Vrania (Serbie)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FRUHINSHOLZ, professeur ..... *Président.*
WEISS, professeur ..... } *Juges.*
REMY, agrégé ..... }
JOB, agrégé ..... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
CH. PONCELET, ÉDITEUR, 1, RUE DES CARMES

1921

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE
1920-1921 2e Série N° 154

DE LA SIGNIFICATION
DU
PETIT FIBROME UTÉRIN
dans ses rapports avec
LA STÉRILITÉ ET LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le samedi 16 avril 1921

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

MENTION « MÉDECINE »

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

CHRISTITCH (Stavra)

né le 4 Septembre 1892, à Vrania (Serbie)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FRUHINSHOLZ, professeur ..... *Président.*
WEISS, professeur ..... *Juges.*
REMY, agrégé ..... *Juges.*
JOB, agrégé ..... *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
CH. PONCELET, ÉDITEUR, 1, RUE DES CARMES

1921

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, O ✲, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, O ✲, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✲, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, O ✲, I ✪ ; NICOLAS, ✲, I ✪ ; PRENANT, ✲, I ✪ ; F. GROSS, O ✲, I ✪ ; CHRÉTIEN, I ✪ ; HERRGOTT, ✲, I ✪.

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✲, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, ✲, I ✪
Physiologie	M. E. MEYER, O ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, ✲, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. N..
Médecine légale	M. P. PARISOT, O ✲, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✲, I ✪
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. ETIENNE, ✲, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✲, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, ✲, I ✪.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRŒLICH, ✲, I ✪
Physique médicale	M. LAMBERT, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✲, I ✪
Histologie	M. COLLIN, ✲, I ✪.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, ✲, I ✪.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, ✲, I ✪.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✲, I ✪.

Chargés de cours complémentaires.

Médecine opératoire	M. MICHEL, ✲, I ✪, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, ✲, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé libre,
Pathologie interne	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé libre.
Accouchements (cours théorique)	M. S. RÉMY, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. PARISOT, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie externe	M. BINET, I ✪, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	M. CAUSSADE, A ✪, agrégé.
Clinique d'électrothérapie	M. N.

Agrégés en exercice

MM. ROBERT, I ✪.
BINET, I ✪.
PERRIN, I ✪.
THIRY, ✲, I ✪.
J. PARISOT, ✲, I ✪.
FAIRISE, A ✪.
CAUSSADE, A ✪.
BARTHÉLEMY, ✲, A ✪.
JOB, ✲, ✪.
JEANDELIZE, A ✪.
P. MATHIEU, A ✪.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, ✲, I ✪ ; FÉVRIER, G O ✲, I ✪, G. MICHEL, ✲, I ✪, RICHON, ✲, I ✪, S. REMY, A ✪, BUSQUET, I ✪.

M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.
M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✲, ✪, I ✪, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A la mémoire de mon Père.

A ma Chère Mère.

A tous les miens.

Faible témoignage de mon amour filial et fraternel que je désire toujours plus grand.

A mon Maître et Président de Thèse,
M. le Professeur FRUHINSHOLZ,
Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Nancy
Chevalier de la Légion d'honneur.

MON CHER MAITRE,

Ce travail n'est qu'un modeste reflet de vos savantes leçons. C'est à vous que je le dédie particulièrement, songeant combien est petit ce témoignage de gratitude et de reconnaissance pour l'intérêt que vous m'avez toujours porté.

A tous mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

A mes Amis de Saint-Dié
VANDEMBEUSCHE et LITZ

En souvenir du charme et du bienfait que leur amitié m'a apportés.

A mon excellent Ami, M. le Docteur VERMELIN,
Chef de Clinique Obstétricale,
Chevalier de la Légion d'honneur.

En témoignage de reconnaissance et d'attachement.

INTRODUCTION

La question des rapports réciproques des fibromes utérins avec la grossesse ne fut mise à l'ordre du jour qu'à partir du mémoire de Levret *(1749), qui en donna la première étude d'ensemble. Depuis, parallèlement au développement de l'obstétrique et de la gynécologie, de nombreux travaux ont été publiés, ayant abouti, il y a une vingtaine d'années, à deux conceptions et thérapeutiques opposées.*

D'un côté, les gynécologues, avec Richelot *à leur tête, reconnaissant aux fibromes les mêmes indications opératoires, qu'ils soient ou non compliqués de grossesse, préconisaient une thérapeutique préventive d'accidents à venir et intervenaient bien souvent au cours de la gestation.*

De l'autre, les abstentionnistes — tous les accoucheurs et quelques chirurgiens — habitués à voir la gestation aller à terme et se terminer, dans l'immense majorité des cas, d'une façon favorable pour les deux êtres intéressés, professaient l'abstention à outrance et n'intervenaient qu'en cas d'accidents non à venir, mais présents, menaçant directement la vie de la mère.

Actuellement, grâce aux travaux de Varnier, Pinard, Quénu, Monprofit, Routier, Second, *la question de la conduite à tenir au cours d'une grossesse compliquée de*

fibrome est bien arrêtée. C'est celle de l'expectation opportune.

Quant à la question des rapports réciproques des fibromes avec la stérilité, deux conceptions diamétralement opposées ont été émises.

Pour les uns (école allemande), c'est le fibrome qui donne naissance à la stérilité et entretient cette dernière ; pour les autres (école française), les fibromes ne sont pas la cause de stérilité, mais l'effet de celle-ci, qui en « est une cause la plus favorisante » (Pinard).

Mais cette étude a été surtout liée à la présence de gros fibromes qui, par leur volume et leur siège, pouvaient créer des accidents et obstacles mécaniques à l'évolution et la terminaison d'une gestation, en donnant ainsi naissance, surtout au moment de l'accouchement, à la dystocie mécanique qui peut quelquefois nécessiter le concours du chirurgien.

Les fibromes de tout petit volume ou les épaississements fibromateux de l'utérus, en un mot tous ceux qui sont encore à l'état naissant — état qui leur a valu le nom de « graine de fibrome » — bien que n'intervenant pas mécaniquement au cours de la grossesse peuvent, eux aussi, engendrer au moment du travail une dystocie utérine d'ordre dynamique, et présentant des rapports intimes avec la stérilité, leur cause véritable.

Durant notre instruction obstétricale à la Clinique d'Accouchements, en 1919 et 1920, nous avons eu l'occasion de voir accoucher plusieurs femmes, porteuses de petits fibromes utérins, dont l'histoire clinique est très instructive tant au point de vue des rapports que ces petites tumeurs ont avec le manque de la fonction de reproduction qu'au point de vue des incidents dont cette

« graine de fibrome » peut devenir l'origine au cours du travail.

Et c'est pour cette raison que, sous l'inspiration de notre Maître, M. le Professeur Fruhinsholz, *nous avons rassemblé, dans ce travail, les observations du petit fibrome utérin vu dans son service depuis le 1^er^ avril 1919 jusqu'au 1^er^ mars 1921, ainsi que celles qu'il a bien voulu nous communiquer pour cette étude et dont nous ne saurions comment le remercier.*

Bien que peu nombreuses, nos observations n'en sont pas moins intéressantes. Depuis l'armistice, on recherche le petit fibrome avec beaucoup de soin à la Clinique Obstétricale et on enregistre toutes les particularités que le passé gynécologique et obstétrical de telles femmes et leur travail peuvent présenter.

Sans aucun parti pris, sans aucune autre prétention que celle d'apporter quelques documents utiles, nous allons aborder notre travail inaugural et serons heureux si nous pouvons y arriver.

Nota. — Les observations I, II, III, IV, V, XXII et XXIII ont été publiées par M. H. Vermelin, chef de Clinique Obstétricale de Nancy, dans le Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, n° 6 de l'année 1920. Toutes les autres sont inédites.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547215_0069

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Le petit fibrome utérin.

Grâce aux travaux de Vogel, de Velpeau, de Virchow, de Cruveilhier, de Curty, de Cornil et de Ranvier, la structure d'un fibrome utérin est actuellement bien connue.

Qu'il s'agisse de grosse ou de petite tumeur, elle est toujours composée, en proportions d'ailleurs variables, de tissu musculaire utérin et de tissu fibreux, avec tous les autres éléments constitutifs : vaisseaux, lymphatiques, nerfs, etc. Mais c'est là un fait peu intéressant au point de vue de notre travail.

Ce qui nous préoccupe le plus, c'est de savoir ce qu'il faut entendre sous la dénomination de petit fibrome, au point de vue de son volume, nombre et siège.

Volume. — Pour Tarnier, le petit fibrome était celui dont la grosseur ne dépassait pas celle d'un œuf de poule. Pour les autres, le volume en variait entre un poing et une tête fœtale à terme. Nombreuses sont les observations où la petite tumeur fibreuse pesait 500 grammes, 1.000 grammes et même 1.500 grammes. Donc le critérium pour cette détermination a été toujours arbitraire suivant les conceptions des observateurs.

Suivant la conception de notre Maître, nous entendrons sous le nom de petit fibrome celui qui se présente à notre examen clinique soit sous la forme de petits épaississements fibromateux plus ou moins diffus, dont la largeur ne dépasse guère celle d'une pièce de 5 francs ; soit sous forme de petits nodules, dont le volume varie entre celui d'un pois, d'une noisette ou d'une noix, n'atteignant que très rarement les dimensions d'une petite mandarine.

En un mot, pour nous le petit fibrome est cette « graine de fibrome » représentant *l'étape la plus jeune dans l'évolution d'une tumeur fibromateuse.*

Nombre. — Le nombre des petits fibromes que l'on peut rencontrer est des plus variables : certains utérus peuvent être criblés de noyaux fibromateux. D'après nos observations, on n'en trouve guère plus de deux ou trois à la fois. Cliniquement, on croit souvent qu'il n'existe qu'un seul noyau, qui lui-même peut passer inaperçu.

Siège. — Le siège de ces petites tumeurs doit être déterminé non suivant les rapports qu'elles ont avec les cavités abdominale et pelvienne, mais d'après leurs rapports avec le sol maternel qui leur a donné naissance, rapports sur l'importance desquels Turner (Th. de Paris, 1900) a suffisamment insisté, en classant les fibromes, en général, en fibromes du corps utérin proprement dit et en fibromes du segment inférieur.

Dans le cas qui nous intéresse, le siège le plus fréquent semble être le fond de l'utérus (28 fois) soit en avant, soit au voisinage de ses cornes. Cependant, nous l'avons constaté quatre fois sur la région sus-pubienne et cinq fois sur le segment inférieur. D'où la conclusion que le

petit fibrome semble se localiser de préférence au niveau du corps utérin.

Quant à ses connexions avec l'utérus, le petit fibrome est le plus souvent sessile ou intramural. Deux fois seulement nous l'avons trouvé pédiculé.

CHAPITRE II

Considérations sur l'étiologie et la pathogénie des fibromes utérins en général.

Les recherches sur l'origine véritable de ces tumeurs et sur leur pathogénie proprement dite sont très nombreuses et les résultats auxquels elles ont abouti, variables suivant les auteurs, ne donnent lieu qu'à des théories, qui peuvent être classées en quatre séries :

La théorie congénitale ;
La théorie vasculaire ;
La théorie microbienne ;
La théorie inflammatoire ou irritative.

I. — La première conclusion était celle de Conheim qui admettait l'origine congénitale des fibromes par inclusion des éléments embryonnaires.

Cette opinion a été partagée par Léopold et nombre d'autres auteurs, mais elle n'est plus guère admise aujourd'hui.

II. — L'origine vasculaire serait plus probable, d'après Pilliet. Il les considère comme des angio-fibromes et leur désigne la bénignité des tumeurs d'origine vasculaire.

A cette manière de voir s'ajoutent encore les recherches

de Costes, les observations de Klebs, de Kleinwachter, les examens de Keiffer, qui paraissent montrer que les fibromes utérins ne prennent pas naissance sur un point quelconque du tissu utérin, mais autour d'un vaisseau, qui prend une certaine part dans le développement de ces tumeurs.

III. — La troisième théorie se base sur la présence dans les fibromes utérins des microbes signalés par Kolmann, Galippe et Landouzy, et qui seraient agents pathogènes de l'inflammation provoquant l'éclosion de ces tumeurs.

On aurait même trouvé sur des coupes de fibromes colorées à l'hémotoxyline et à l'éosine des aspects rappelant ceux des amibes, d'où Vedeler a considéré ces protozoaires comme cause de fibromes.

IV. — Pour Virchow, leur cause pathogène serait inflammatoire ou irritative et les fibro-myomes seraient consécutifs à une irritation locale, favorisée par la chlorose, le défaut de fonctionnement de l'utérus, les tumeurs des ovaires, le cancer du col, etc.

Claisse soutient cette opinion et trouve que, comme toute inflammation, le développement du fibrome s'accompagne d'une leucocytose plus ou moins abondante, qui diminuerait après l'opération (Hayem).

Les diverses infections ont été, à leur tour, incriminées dans la pathogénie des fibromes. C'est ainsi que Prochownick croyait que les inflammations spécifiques dues à la syphilis, à la fièvre typhoïde, à la malaria pouvaient avoir une action possible sur le développement des fibromes de l'utérus.

Encore en 1894, Golacz avait annoncé à l'Académie des Sciences qu'il existait une relation de cause à effet entre la fécondation d'une femme saine par un spécifique, la greffe de cet œuf infecté sur un point de la muqueuse utérine et le développement d'un néoplasme infectieux dans la paroi utérine.

Gottschalk (*Sam. Klin. Vortr.*, 1900, n° 275) est d'avis que la surnutrition de l'utérus et les lésions qui peuvent atteindre les parois de ses artères sont des facteurs essentiels de la genèse des fibromes.

Vladimirof (*Ann. de Gyn.*, 1912, p. 110) partage l'opinion de Gottschalk à ce qu'il y a trait à la spécificité et pense que les fibro-myomes d'origine syphilitique sont causés soit par l'action du virus syphilitique latent, soit par l'action des anticorps de la syphilis, — accidents qu'il considère comme métasyphilitiques, à rapprocher du tabès et de la paralysie générale.

A l'origine des fibromes, comme Gaillard-Thomas, Paul Dalché (*Journal de Méd. et de Chir.*, 25-VII 1920, p. 521) trouve les troubles menstruels prolongés et voit dans les lésions scléro-kystiques de l'ovaire la cause de néoformations utérines. Il est frappé par l'extrême fréquence des infections utéro-annexielles chez la femme et leur rareté chez les animaux, parallèlement par l'extrême fréquence des myomes et des néoplasmes chez la femme et leur rareté chez les animaux. Cette constatation, dit-il, est en faveur de l'hypothèse qui voit dans le fibrome un accident en rapport avec des causes extérieures et sans relation avec l'hérédité et des causes intérieures.

*
* *

A côté de ces théories dont aucune n'a encore reçu de consacration définitive, la clinique paraît avoir établi les relations qui existent entre l'éclosion des fibromes et certaines causes favorisantes.

C'est ainsi que l'hérédité similaire a été admise par Lisfranc, Engstrom, Winckel, Hofmeier, Veit, Kleinwachter. Les tumeurs fibreuses ont été retrouvées de mère en fille. Au Congrès de Montpellier, en 1898, de Rance a rapporté l'observation de deux sœurs qui, vers 40 ans, présentaient les signes certains de fibromes utérins. L'une de ces femmes avait une fille ; cette dernière, vers 40 ans, était aussi atteinte de fibrome. Paul Dalché (*in loco citato*) dit avoir constaté le même fait chez des sœurs et même chez des jumelles.

Richelot pense qu'à côté de l'hérédité similaire, il y a lieu d'incriminer l'hérédité arthritique. C'est à celle-ci que devrait être attribuée une plus grande importance dans la pathogénie des fibromes utérins.

Pour Hepp (Th. de Paris, 1899), « l'arthritisme paraît ne pouvoir être qu'une cause prédisposante et exceptionnelle ».

D'après Sparocchi, la fibromatose utérine résulterait d'une altération vasculaire le plus souvent héréditaire.

Pour terminer cette énumération, nous devons signaler encore l'opinion soutenue par Gaillard-Thomas, d'après laquelle les fibromes sont très fréquents chez les négresses, et même si fréquents qu'on les considère comme presque constants après la trentième année. Un cas de ce genre a été observé dans les documents que nous rapportons (Obs. XII).

Notre but n'étant pas d'entrer dans la discussion de ces innombrables opinions et théories, d'autant plus

que nos connaissances personnelles ne sont pas encore suffisamment étendues, nous nous contenterons de les signaler.

Dans le chapitre suivant, nous nous occuperons plus particulièrement de causes favorisantes liées à la fonction de reproduction.

CHAPITRE III

De la stérilité comme cause de fibromes utérins

« Un utérus qui donne asile à une tumeur qui, par sa grosseur et sa consistance en impose pour un fibrome, est bien impropre pour développer en même temps un fœtus » — telle était la doctrine qui, depuis Gusserow, remplissait tous les ouvrages classiques et d'après laquelle les fibromes étaient une cause de stérilité chez la femme.

Mais lorsque Martin, de Berlin, essaya d'opérer les utérus fibromateux, il lui arriva de trouver assez souvent un œuf, même dans les cas de grosse tumeur. Ces trouvailles n'étant pas très rares, il en était rapidement venu à douter de la théorie de Gusserow. Puis les auteurs Fraenkel, Kelly et Cullen, Treub, Troel, Gottschalk et surtout Pinard en arrivèrent à penser que le fibrome n'était plus la cause mais la conséquence de la stérilité et que l'utérus qui ne jouait pas son rôle physiologique normal dirigeait son activité dans une autre voie en fabriquant des tumeurs.

Nombreuses sont les statistiques qui montrent que les fibromes sont relativement fréquents chez les célibataires et les nullipares : Schroder, sur 792 fibromes, trouve 178 célibataires, soit 22,5 p. 100 ; Wincher, 25 p. 100 ; Gusserow, 30 p. 100 ; Hofmeier, 32 p. 100 ; Schuhmacker, 29 p. 100 ; Goullioud, 32 p. 100 ; H. Hartmann et Mlle Yakchitch, 22 p. 100.

Les explications sont variables. En France, c'est le professeur Pinard qui, outre de nombreuses publications, a

exposé, résumé et discuté cette question d'étiologie (Soc. d'Obst. de Gyn. et de Paed. de Paris), que nous croyons utile, vu son importance, de rapporter ici :

« Bayle écrivait en 1813 : « Les femmes qui, étant mariées, n'ont pas d'enfants, et celles qui n'en ont eu qu'un ou deux, sont plus exposées à avoir des corps fibreux de la matrice que celles qui en ont eu en plus grand nombre ; de sorte qu'il paraît, d'après les résultats de nos recherches, que la matrice est plus disposée à la production des corps fibreux lorsqu'elle n'est point modifiée par la grossesse que lorsqu'elle est, à diverses reprises, distendue par le produit de conception. »

Cruveilhier dit : « Après l'époque de la puberté, on observe des corps fibreux utérins dans toutes les conditions et à toutes les périodes de la vie de la femme, chez les vierges comme chez les femmes mariées, chez les femmes infécondes comme chez celles qui ont eu beaucoup d'enfants, et peut-être plus souvent chez les premières. »

Cette opinion affirmative chez Bayle, dubitative chez Cruveilhier, fut adoptée par la pluralité des gynécologues et des accoucheurs de tous les pays, jusqu'au jour où la question fut embrouillée. Je m'explique. Au lieu de rechercher si les faits observés venaient confirmer l'affirmation de Bayle, c'est-à-dire si les femmes qui n'ont pas eu d'enfants ou qui n'en ont eu qu'un ou deux sont plus exposées à avoir des corps fibreux que celles qui en ont eu un plus grand nombre, on s'évertua à rechercher d'une part, l'influence des fibromyomes sur la fécondité, et d'autre part, l'influence de la chasteté sur le développement des corps fibreux.

Tout fut confondu : chasteté, célibat, stérilité.

Aussi Gusserow, en 1878, après avoir dit qu'on ne sait rien sur les causes des fibromyomes de l'utérus, rassemblant les statistiques hétéroclites et hétérogènes, dont je viens de parler, réunit de cette façon 959 cas de fibromes. Sur ces 959 cas, il s'agissait 672 fois de femmes mariées, 287 fois de femmes non mariées, ce qui ne veut pas dire que ces dernières fussent toutes vierges.

C'est avec ce travail, c'est avec cette statistique que fut battue en brèche l'opinion de Bayle.

Et à partir de 1878, l'opinion de Gusserow fait loi pour presque tous les gynécologues et les accoucheurs — je dis presque et vous verrez tout à l'heure pourquoi. Lisez les Traités d'accouchements, les Traités de gynécologie, même les plus récents, même les meilleurs, et vous verrez cette note dominante, à savoir que ce n'est pas la stérilité qui favorise le développement des fibromes, mais les fibromes qui sont cause de la stérilité.

Cependant, Th.-A. Emmet, en 1879, avait publié son livre remarquable : *La Pratique des Maladies des Femmes*. Contrairement à Gaillard-Thomas, déclarant que « soixante-cinq années d'études et de recherches ne lui ont rien appris sur l'étiologie des tumeurs fibreuses », Emmet consacre un long chapitre à l'étiologie des fibroïdes et des tumeurs fibreuses. Il donne les résultats de ses observations et de ses recherches *personnelles*, faites surtout au point de vue des tumeurs fibreuses dans leurs rapports avec la menstruation. Dans un de ces tableaux, on trouve les chiffres suivants :

Femmes non mariées.....	47,	soit 19,66 p. 100
Femmes mariées mais stériles..	78,	soit 32,63 p. 100
Femmes mariées fécondes.....	114,	soit 47,09 p. 100

« On voit, dit Emmet, que le fait important qui ressort

de ce tableau, c'est l'influence capitale que le mariage et la grossesse semblent avoir sur ces tumeurs. »

On voit que les femmes non mariées sont deux fois plus exposées à cette forme de maladie que la moyenne générale des femmes.

L'opinion d'Emmet, bien que s'appuyant sur une statistique personnelle ne comprenant que des observations vues, ne prévalut pas contre celle de Gusserow. Emmet ne possédait que 239 cas, tandis que Gusserow en avait rassemblé 959 !

Une fois de plus, le sens critique fit défaut à nombre de gynécologues et d'accoucheurs. Il y a cependant des exceptions.

Ce fut tout d'abord un collègue et un compatriote de Gusserow, Hofmeier, professeur à Würtzbourg, qui s'attaqua au dogme de Gusserow en 1894 et en 1896, en s'appuyant sur des recherches personnelles.

Puis, dans un travail que notre collègue vint lire au Congrès international de Médecine tenu à Paris en 1900, Hofmeier formula ainsi une de ses conclusions : l'absence de grossesse favorise l'éclosion du myome.

Enfin, dans une communication faite à la Société d'Obstétrique de Paris par mon collègue et ami Treub, professeur à Amsterdam, on rencontre une conclusion confirmant l'opinion de Bayle, de Cruveilhier, d'Emmet et d'Hofmeier et la complétant.

Cette conclusion, reposant aussi sur des observations et des recherches personnelles, est aussi nette qu'affirmative, la voici : « Le manque ou la cessation précoce de la reproduction favorise la production des fibromes et en est le facteur important. »

A la fin de son si intéressant travail, notre ami Treub

explique comment la grossesse agit pour empêcher la formation des fibromyomes par une comparaison si humoristique, que je ne résiste pas au plaisir de vous la dire : « Nous autres Hollandais, nous avons la réputation d'avoir des maisons extrêmement propres et je crois qu'elle est méritée. La cause doit en être cherchée dans l'usage national d'un grand nettoyage annuel, nonobstant les nettoyages réguliers, journaliers, hebdomadaires et autres. Ce grand nettoyage, délice des ménagères et horreur de la gent masculine, balaye la poussière accumulée dans les coins et enlève les toiles d'araignée oubliées. Que l'on me pardonne cette comparaison très pot-au-feu, mais j'ose dire que, pour l'utérus, les choses se passent de la même manière. Le nettoyage superficiel mensuel débarrasse la matrice d'une faible partie de la muqueuse et, par cela, peut diminuer le danger du cancer. Mais pour diminuer ce danger d'une manière efficace, il faut le grand nettoyage, le déblayage donné par les suites de couches de l'accouchement. Ce nettoyage sur une grande échelle se fait sentir, quoique d'une autre manière, dans la paroi musculaire aussi et sur ce qu'elle contient d'éléments, tant normaux que pathologiques. »

C'est là, en peu de mots, l'explication de la partie essentielle du rapport qui existe entre la fécondité amoindrie et les fibromes.

CHAPITRE IV

I

Petit fibrome utérin chez les primipares âgées.

Stérilité primaire.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le fibrome utérin apparaît avec l'âge. Ils considèrent tous le fibrome utérin comme exceptionnel avant 20 ans, rare avant 25 ans, et ne débutant jamais après la ménopause. Le maximum de fréquence d'apparition de cette tumeur est fixé entre 30 et 45 ans. Les statistiques apportées varient évidemment suivant la spécialisation des services, les habitudes opératoires des chirurgiens et ne sont pas la véritable image de la fréquence des fibromes, puisque la plupart des malades rentrent dans les services de chirurgie non au moment de l'apparition de la tumeur, mais à l'heure où les médecins traitants les ont engagées à y entrer pour des symptômes menaçants plus ou moins graves, c'est-à-dire lorsque la présence des fibromes a été cliniquement constatée.

Néanmoins, nous devons signaler un cas de fibrome chez une fillette de 13 ans, rapporté par Cavaillon (*Lyon médical*, 1902) ; un autre, observé chez une vierge de 22 ans (Rüge) ; et un troisième, cité par Monnier, chez une fille de 17 ans (*Paris chir.*, 1910, p. 412).

Quoi qu'il en soit, une impression nette se dégage de toutes ces statistiques. C'est que le fibrome utérin appa-

raît après le délai moyen où toute femme devrait être fertilisée, c'est-à-dire après l'âge de 25 ans. Et au point de vue anatomique, de telles femmes sont anormales, leur appareil génital est exposé aux altérations trophiques et phisiologiques comme conséquence du travail à vide. Ce sont ces femmes que l'on appelle, une fois devenues enceintes, primipares âgées, et chez lesquelles on rencontre le plus souvent le petit fibrome utérin. Leur utérus, avant la conception, nous ressemble à un terrain inculte, sur lequel pousse l'ivraie.

Dans la statistique du professeur Pinard de 1905, on a noté l'existence de fibromes de l'utérus chez 171 femmes. De ces 171 cas, 94 étaient primipares, dont 80 étaient âgées de 30 ans et plus et 13 de 25 ans et plus.

Varnier, dans son *Obstétrique Journalière* (1900) a remarqué la fréquence de la dégénérescence myomateuse du muscle utérin à partir de la trentaine et trouvé le fibrome utérin dans 4 cas pour 100 primipares âgées.

Dans le même ordre d'idées, Bigex (Th. de Paris, 1900) a montré que sur 393 primipares âgées de 30 ans et plus, 44 fois l'existence de fibromes fut constatée, dont le volume ne dépassait que très rarement la grosseur d'une petite mandarine. Ce qui revient à dire que chez 100 primipares âgées, on rencontre au moins onze fois le fibrome.

Notre Maître, M. le professeur Fruhinsholz, au cours d'une conférence, tenue l'année dernière, sur cette question, trouve le petit fibrome dans une proportion de 18 p. 100.

Nous en arrivons maintenant aux documents que nous avons pu apporter dans ce travail.

Sur 37 observations de petits fibromes, dont 16 cas ont

été constatés à la Clinique obstétricale de Nancy, nous avons :

21 primipares ;
10 secondipares ;
4 tertipares ;
1 quadripare ;
1 quintipare.

De ces 21 primipares :
6 sont âgées entre 26 et 30 ans ;
7 — 31 et 35 ans :
7 — 36 et 40 ans ;
1 est âgée de.... 41 ans.

Toutes les primipares âgées n'ont pas obligatoirement un utérus rouillé, fibromateux. Loin de là. Mais ce qui est indéniable et que nous tenons à souligner, c'est que, toute fois que l'on a rencontré un petit fibrome chez une primipare, il s'agissait toujours de femmes ayant dépassé le printemps de leur vie génitale.

Pour nous expliquer l'étiologie des fibromes de nos 21 primipares âgées, nous ne pouvons invoquer rien d'autre que cette stérilité primaire ou fertilisation tardive, dont le rôle dans la production des fibromes utérins a été si bien mis au point par Pinard et d'autres auteurs, et dont la cause nous tâcherons d'expliquer lorsque nous discuterons dans le chapitre V l'influence du petit fibrome sur la conception.

Pour le moment, nous nous contenterons de dire que les observations de nos primipares, porteuses de petits fibromes, confirment l'aphorisme de Pinard : « Quand dans la salle de travail vous vous trouvez en présence

d'une primipare âgée de 30 ans et plus, cherchez le fibrome. »

II

Petit fibrome utérin chez les multipares.

Stérilité secondaire.

« La stérilité secondaire est celle que l'on observe chez toute femme qui, après avoir été fertilisée une ou plusieurs fois, après avoir eu une ou plusieurs grossesses, reste ensuite stérile pendant la période d'activité génétique », — telle est la définition que l'on trouve dans la thèse de Ycard.

Complète, lorsque la femme, d'abord fertilisée, reste ensuite stérile jusqu'à la ménopause ; provisoire, lorsque deux gestations successives sont séparées par un long intervalle (plus de 5 ans), cette stérilité secondaire prend une large part à la production des fibromes utérins.

Le rôle de ce facteur, ainsi que celui du manque de l'allaitement maternel ou d'une gestation terminée par avortement, a été bien mis en évidence par le travail que le professeur Pinard a publié dans les *Annales de Gynécologie* (janvier 1905), montrant que sur 68 femmes opérées pour fibromes à la Clinique Beaudelocque, de 1893 à 1904 :

27 étaient nullipares ;
41 avaient eu des grossesses.

De ces 41 cas :

18 n'avaient eu qu'une gestation ;
14 avaient eu deux gestations ;
9 avaient eu plus de deux gestations.

Chez ces 41 femmes ayant eu des grossesses :

25 n'avaient pas eu de grossesse depuis 15 ans ;

30 — — 10 ans.

Cleicz, dans sa thèse (Nancy, 1908), a rapporté quatre cas semblables, où on avait constaté un long intervalle entre deux grossesses :

Intervalle de 7 ans : deux cas ;

— 9 ans : un cas ;

— 10 ans : un cas.

Ycard (Th. de Paris, 1907) a rassemblé 77 observations de femmes multipares chez lesquelles l'existence de fibromes a été constatée, dont 30 fois il s'agissait de petits fibromes.

Ces 77 cas ont été trouvés :

1) 18 fois chez des multipares de 40 à 45 ans ;

2) 44 fois — 30 à 39 ans ;

3) 15 fois — 24 à 29 ans.

De ces 77 multipares :

32 avaient eu 2 grossesses.

16 — 3 —

10 — 4 —

6 — 5 —

3 — 6 —

3 — 7 —

3 — 8 —

1 avait eu 9 —

1 — 10 —

1) Chez les 18 multipares de 40 à 45 ans, Ycard a noté :

12 fois la stérilité primitive (fertilisation tardive de 28 à 40 ans) ;

8 fois la stérilité secondaire (variant de 6 à 15 ans) ;

12 fois la gestation non suivie d'allaitement.

2) Chez les 44 multipares de 30 à 39 ans, on a noté :

18 fois la stérilité primaire (première fertilisation de 27 à 38 ans) ;

16 fois la stérilité secondaire (variant de 7 à 17 ans) ;

7 fois la gestation suivie d'avortement ;

25 fois la gestation non suivie d'allaitement.

3) Enfin, chez les 15 multipares de moins de 30 ans, Ycard a noté :

2 fois la stérilité secondaire (7 ans) ;

6 fois la gestation suivie d'avortement ;

8 fois la gestation non suivie d'allaitement.

Toutes ces causes se sont combinées pour constituer ce que Pinard appelle la non-observance du rythme harmonieux de la reproduction, dont l'influence est non moins puissante sur la production des fibromes.

Prenons maintenant les observations de nos 16 multipares. Nous y voyons que :

a) 6 sont âgées de 28 à 35 ans ;

b) 8 — 36 à 40 ans ;

c) 2 — plus de 40 ans.

a) Chez nos 6 multipares de 28 à 35 ans :

3 ont eu 2 grossesses ;

3 — 3 —

4 fois la stérilité primaire (fertilisation tardive à partir de 26 ans) ;

4 fois la stérilité secondaire (intervalle de 6, 8 et 11 ans) ;

1 fois la gestation non suivie d'allaitement ;

1 fois la gestation suivie d'avortement.

b) Chez nos 8 multipares de 36 à 40 ans :

5 ont eu 2 grossesses ;
1 a eu 3 —
1 — 4 —
1 — 5 —
1 fois la stérilité primaire (première fertilisation à 38 ans) ;
7 fois la stérilité secondaire (intervalle de 6 à 17 ans) ;
4 fois la gestation non suivie d'allaitement ;
2 fois la gestation suivie d'avortement.

c) Nos deux dernières multipares de plus de 40 ans ont eu chacune deux grossesses.

Chez elles, nous avons vu :

1 fois la stérilité primaire (première fertilisation à 39 ans) ;
1 fois la stérilité secondaire (23 ans) ;
1 fois la gestation non suivie d'allaitement ;
1 fois la gestation suivie d'avortement.

En total, parmi nos 16 multipares, nous avons :

10 secondipares ;
4 tertipares ;
1 quadripare ;
1 quintipare ;
6 fois la stérilité primaire ;
11 fois la stérilité secondaire (de 6 à 23 ans) ;
6 fois la gestation non suivie d'allaitement ;
4 fois la gestation suivie d'avortement.

Comme on le voit par ces quelques chiffres, le petit fibrome s'est développé chez nos multipares soit à la faveur de la stérilité primaire, soit à la faveur de la fonc-

tion incomplète de reproduction (stérilité secondaire, manque d'allaitement, etc.).

Comme pour la stérilité primaire, nous analyserons les causes de cette stérilité secondaire dans le chapitre suivant.

Mais ici, nous devons remarquer que le maximum de fréquence du petit fibrome se trouve chez les multipares qui n'ont eu que deux grossesses ; en deuxième lieu se trouvent celles qui n'en ont eu que trois, et la régression continue en même temps que le nombre de grossesses augmente.

CHAPITRE V

Influence du petit fibrome sur la conception.

Hofmeier, en montrant dans *die Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* de 1894, que les grossesses amènent une augmentation de développement des fibromes, essaie de rechercher l'influence de ceux-ci sur la fécondation qu'il finit par trouver favorisée. Il admettait que les fibromes provoquaient une sorte d'hypertrophie des ovaires et, de par cela, reculaient l'époque de la ménopause, d'où une chance plus grande pour la conception.

Martin, de Berlin, a défendu l'opinion d'Hofmeier, car pour celui-là, « ni le siège ni la grosseur, ni l'unicité, ni la pluricité des myomes ne sont des circonstances favorables pour exclure une grossesse ».

Mais d'autres auteurs soutenaient une opinion contraire.

Olshausen croit que les petits fibromes sous-séreux n'ont aucune influence sur la conception, alors que les mêmes fibromes sous-séreux, mais volumineux, y sont souvent un obstacle par déviation de la cavité utérine et de la position des trompes.

Treub soutient l'opinion précédente en disant que les fibromes sous-péritonéaux n'apportent pas d'obstacles à la fécondation, de même que les noyaux intersticiels, solitaires, ne dépassant pas le volume du poing. « Mais pour les femmes qui, au beau milieu de leur période génitale, ont un volumineux fibrome interstitiel ou un utérus farci de noyaux fibromateux multiples, ou qui

portent un fibrome sous-muqueux, les chances de fécondité sont certainement diminuées de beaucoup. »

Pour Goetze, les petits fibromes sous-séreux n'ont aucune influence, mais l'aptitude à la fécondation diminue avec le volume des noyaux et plus l'affection est grave, plus la stérilité est marquée.

C'est dans cet ordre d'idées qu'on a prétendu avoir prouvé qu'un tout petit fibrome sous-muqueux, obstruant le canal cervical ou amenant des rétrécissements de l'ostium uterinum par son siège, constituerait un obstacle sérieux à la conception, d'où une nouvelle cause de stérilité chez les femmes fibromateuses (Pestolozza).

Aussi l'œuf, une fois arrivé dans la cavité utérine, peut-il ne pas se fixer sur la muqueuse utérine altérée par la présence du fibrome, et être entraîné en dehors par le flux sanguin, leucorrhéique ou hydrorrhéique, d'où encore une cause de stérilité.

Les travaux un peu plus récents ont la même tendance à propager ces idées.

Burty, dans sa thèse (Paris, 1907), trouve que le nombre de femmes atteintes de fibromes qui restent infécondes est 10 p. 100.

Benoit-Gonin (Th. de Lyon, 1913) trouve que sur 99 femmes restées stériles pour fibromes, 125 conceptions ont suivi la myomectomie avec 100 accouchements à terme. Toutefois, d'après les documents de Goulliod (*in* thèse de Benoit-Gonin), le nombre de femmes devenues enceintes après la myomectomie serait de 20 p. 100.

En nous référant à la thèse de Beoit-Gonin, nous y trouvons que deux fois, la fécondation étant gênée, la myomectomie a été faite pour fibromes gros comme une noix et un œuf de pigeon.

De l'ensemble de ces travaux, il paraît résulter que ce sont surtout les fibromes interstitiels et sous-muqueux qui provoquent la stérilité, probablement parce qu'aux déformations de la cavité utérine se surajoutent les lésions de la muqueuse. Par conséquent, on serait tenté de dire qu'il existe un cercle vicieux de cause à effet, et *vice-versa* : la stérilité provoque le fibrome, celui-ci l'endométrite et celle-ci la stérilité.

Mais avant de nous en faire une opinion, nous allons analyser nos observations, d'abord pour les primipares, puis pour les multipares, en nous posant cette question : *Le petit fibrome utérin est-il en état de causer la stérilité primaire ou secondaire ?*

Primipares. — Parmi celles-ci, il y a :

a) 18 mariées ;

b) 3 célibataires.

Parmi les premières, nous en trouvons 14 chez lesquelles la conception a suivi immédiatement, ou à peu de chose près, le mariage. En outre, trois d'entre elles conçoivent avec leurs premiers rapports sexuels, qui ont lieu à l'occasion du mariage (Obs. VI, VII et IX), alors qu'une seule met plus de deux ans à devenir enceinte (Obs. I). Mais le mari de celle-ci est fait prisonnier aussitôt le mariage et dès qu'il est de retour après l'armistice, la conception a lieu, malgré la présence du petit fibrome.

Il en est presque de même pour nos trois célibataires. L'une réussit à éviter volontairement la grossesse jusqu'à l'âge de 30 ans, puis devient enceinte accidentellement (Obs. III). La deuxième est sourde et muette dès la naissance (Obs. VIII). Violée au mois de février 1920, elle conçoit et mène sa grossesse à terme. La troisième est

une rachitique, distrophique, qui ne conçoit qu'à l'âge de 30 ans (Obs. XVI).

De nos 21 primipares âgées, quatre sont restées stériles longtemps malgré le mariage dont la date remonte de 12 à 17 ans (Obs. V, X, XIV et XIX).

Pourquoi ces quatre femmes, qui étaient dans de bonnes conditions sociales pour devenir mères et désiraient des enfants, puisque une d'entre elles (Obs. XIX), en désespoir de cause, en avait adopté un, sont-elles donc restées infécondes pendant un laps de temps qui varie de 12 à 17 ans ?

De prime abord, on pourrait en incriminer le petit fibrome, et se placer de la sorte sur la fausse piste. Car si nous recherchons à connaître les antécédents gynécologiques de ces quatre femmes, nous trouvons :

Obs. V. — Rien de signalé au point de vue du passé gynécologique. Mais à l'examen du délivre, la caduque est épaissie. Donc, *endométrite latente*.

Obs. X. — Métrite au début du mariage, ayant nécessité un traitement médical. Reste veuve au bout de deux ans, et se remarie deux ans plus tard. La stérilité dure encore huit ans, malgré le vif désir des deux conjoints d'avoir des enfants. Le diagnostic rétrograde de cette infécondité temporaire est marqué sur la caduque : celle-ci est épaissie. Donc, *endométrite*.

Obs. XIV. — Salpingite droite contractée au début du mariage et traitée longtemps à Luxeuil. Pus par le vagin.

Obs. XIX. — Métrite « purulente » au début du mariage.

Comme on le voit, dans ces quatre cas, il s'agit de femmes dont l'appareil génital était faussé par endométrite ou une autre affection. Cette endométrite, préexistant au fibrome, était en état de troubler la fonction

de reproduction ou la nidation de l'œuf pendant un temps plus ou moins long ; toutefois, cette endométrite une fois guérie, soit à la faveur du temps, soit à la faveur du repos génital imposé par la longue durée de la guerre, la conception s'ensuit et la gestation va à terme.

Multipares. — Le même raisonnement doit être fait au sujet de nos 16 multipares toutes mariées.

Chez certaines, on découvre la stérilité primaire imposée par un long célibat. Une fois mariées, leur situation sociale leur permettant de jouir de tous les droits que la maternité leur apporte et d'avoir un protecteur légitime de leurs enfants, elles conçoivent pour la première fois et la deuxième grossesse suit à court intervalle la première (Obs. XXVIII, XXX, XXXVI et XXXVII).

Chez d'autres, il s'agit de femmes qui, ayant conçu pour la première fois au moment normal, restent ensuite stériles secondairement à cause du divorce (Obs. XXIII), ou de veuvage (Obs. XXIV et XXIX), ou volontairement (Obs. XXV, XXXII, XXXIII et XXXIV).

Enfin, quatre dernières restent stériles secondairement à cause de la guerre (Obs. XXII, XXVII et XXXV) ou à cause de l'endométrite (Obs. XXVI).

*
* *

Cet aperçu général, tiré de l'histoire clinique de nos 37 femmes porteuses de petit fibrome utérin, nous permet d'établir que :

1° Dans les deux cas (primipares et multipares), il s'agit soit d'un long célibat imposé par la situation sociale ; ou des femmes qui, dans les conditions normales, restent

longtemps stériles primitivement ou secondairement malgré le vif désir de deux conjoints d'avoir des enfants, — cas où on peut en incriminer le passé pathologique de la femme ; ou de celles où la stérilité temporaire s'explique par la restriction volontaire, l'égoïsme, l'individualisme poussé à l'extrême, en un mot par ce que le professeur Brindeau appelle les fraudes de l'acte sexuel ;

2° Le petit fibrome, qu'il soit intra-mural, sessile ou pédiculé, qu'il occupe le fond, les parois ou le segment inférieur de l'utérus ne porte aucune atteinte, de son fait, à la conception ;

3° L'aptitude à la fécondation chez les femmes à petit fibrome utérin, bien que diminuée par l'âge, reste sensiblement la même que chez celles de même âge ne présentant aucune lésion fibromateuse apparente, toutes choses étant normales par ailleurs.

DEUXIÈME PARTIE

Le petit fibrome utérin et la puerpéralité.

Dans la partie précédente, nous avons vu quelle était la cause la plus favorisante de l'éclosion du petit fibrome utérin et comment ce dernier se comportait par rapport à la conception.

Dans cette deuxième partie, nous allons essayer d'étudier, rapidement, les rapports du petit fibrome avec la puerpéralité.

D'une façon générale, les grossesses survenues dans un utérus qui présente la graine de fibrome évoluent normalement. L'évolution et la terminaison normales les plus favorables sont aussi les plus fréquentes. Toutefois, la gestation et le petit fibrome sont en état d'agir l'un sur l'autre en donnant naissance à des modifications et incidents qui sont très intéressants à connaître par l'accoucheur, surtout au moment du travail.

CHAPITRE PREMIER

Influence de la grossesse sur le petit fibrome.

Parmi les modifications, d'importance variable d'ailleurs, que peut subir un petit fibrome au cours de la gestation, les unes portent sur son volume, d'autres ont rapport à la situation de la tumeur qui peut se déplacer par suite de l'accroissement de l'utérus.

I. *Modifications de volume.* — C'est un fait bien connu en clinique et en anatomie. D'après la loi organique, que les tumeurs ne perdent pas leur union avec le sol maternel (Podwisotsky), les petits fibromes subissent les mêmes contrecoups que l'utérus au cours de la gestation, à savoir l'hypertrophie et l'hyperplasie de leurs éléments constitutifs.

Cette augmentation de volume est quelquefois si marquée que les fibromes non perçus avant la gestation, deviennent nettement apparents au cours de cette dernière, si bien que Pinard a pu dire que le fibrome reçoit du fait de la grossesse « un coup de fouet admirable ». Cette augmentation de volume peut parfois être si intense que le petit fibrome devient le siège d'une hypertrophie à évolution galopante (Pozzi), atteignant rapidement, du volume d'une noix qu'il était au début de la grossesse par exemple, le volume d'une tête d'enfant, comprimant les uretères et amenant la mort par urémie (Lefour, Gottschalk). Wertheim a cité un cas où une femme,

porteuse d'un petit fibrome gros comme une noix, devenue enceinte, présentait au cinquième mois de la grossesse un abdomen aussi volumineux que celui d'une femme à terme. Méheut (Th. de Paris, 1907) a rapporté un cas analogue où Jeannin, consulté, fit le diagnostic d'hydramnios aigu et conseilla d'interrompre la gestation. Cependant l'accouchement eut lieu à terme sans difficulté.

Dans une communication faite à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris (Séance du 3 avril 1911), MM. Potocki et Sauvage ont rapporté l'observation d'une femme âgée de 38 ans, qui a été toujours régulièrement réglée et qui a été examinée en 1909 à plusieurs reprises par des gynécologues compétents, dont aucun ne constata de fibrome apparent. Mais en 1910, la femme étant devenue enceinte, on vit dès le troisième mois un fibrome qui remplissait le petit bassin et s'accompagnait d'accidents graves : vomissements, réaction péritonéale, douleurs vives, déchéance organique profonde ; on dut opérer la malade d'urgence.

Mais tous les fibromes n'augmentent pas de volume. Pour qu'il augmente, il faut qu'il soit réellement utérin, c'est-à-dire interstitiel, car un fibrome pédiculé n'augmente que rarement. Ainsi que Pinard l'a formulé, ce ne sont que les fibromes jeunes, ceux qui sont encore à l'état naissant, bien vivants lors de la fécondation qui augmentent de volume.

Cet accroissement rapide de fibromes serait dû, d'après Seitz (*Munch. Méd. Woch*, 13, IV, 1911), à l'action de l'ovaire.

Si certains petits fibromes, ainsi que les gros d'ailleurs, peuvent subir cette hypertrophie au cours de la gestation

— fait que nous n'avons pas constaté d'une façon marquante parmi nos observations — il en est d'autres qui, au contraire, sont le siège d'un étalement, d'un aplatissement complet qui les rend difficilement appréciables à nos moyens d'investigation, constituant ainsi ce qu'on appelle la pseudo-diminution ou la pseudo-disparition, comme c'est le cas par exemple dans notre observation XXV, où le petit fibrome a été constaté présent et ensuite disparu au cours de la même gestation.

II. *Ascension du petit fibrome au cours de la grossesse.* — Du fait même du déplacement de l'utérus au fur et à mesure que la grossesse avance, certains fibromes peuvent se déplacer en suivant la portion utérine où ils ont pris naissance. Mais ceci n'a pas une grande importance pour les fibromes, si gros soient-ils, insérés sur le fond de l'utérus. Il en va autrement des fibromes situés bas, faisant corps avec le segment inférieur, dont l'ascension permet dans ce cas heureux d'éviter diverses complications qui peuvent en provenir à la fin de la gestation, et surtout au moment du travail : non engagement, présentations vicieuses dont la plus à redouter est celle de l'épaule, etc.

Ce déplacement se fait grâce au phénomène de *laminage*, s'accomplissant sous l'influence de la pression exercée par la présentation qui tend à s'engager, et d'autant plus facilement que la tumeur est imbibée, œdematiée et ramollie.

Quoi qu'il en soit, nous devons signaler trois cas de ce genre trouvés parmi nos observations (Obs. VII, XII et XXVI), où le mouvement ascensionnel de la petite

tumeur s'est accompli dans les derniers mois de la gestation.

Dans un autre cas (Obs. XXVIII), le petit fibrome du segment inférieur, n'ayant pas effectué son déplacement ascensionnel, a donné lieu à la présentation de l'épaule, d'où, au moment du travail, l'intervention obstétricale (version interne) faite par M. le professeur Fruhinsholz.

III. *Torsion du pédicule du petit fibrome.* — D'après Blanchard (Th. de Paris, 1907), c'est un accident survenant surtout et presque exclusivement chez les primipares âgées. Une condition anatomo-pathologique semble prédisposer à la torsion des fibromes au cours de la grossesse : c'est leur petit volume. Aussi le déplacement de l'utérus et des fibromes nécessité par le développement de l'œuf mérite-t-il d'être placé au premier rang des causes de la torsion.

Ce sont surtout les petits fibromes du fond utérin ou de son corps, à pédicule court et épais, ou même les fibromes sessiles, qui sont les plus exposés à cet accident. Cette torsion se produit généralement entre les troisième et sixième mois, époque où l'utérus atteint son plus grand accroissement et s'élève du bassin dans l'abdomen.

Dans toutes les observations publiées, la torsion s'est faite dans le sens des aiguilles d'une montre et a présenté un nombre variable de tours de spire.

Le début de cette complication, qui évolue plus tard sous forme de poussées successives avec périodes d'accalmie, est généralement brusque et dramatique et rappelle beaucoup le tableau clinique de la torsion du pédicule des kystes des ovaires. D'où, d'après Pinard, l'indication

à l'intervention prompte et précoce, dès le diagnostic posé. L'intervention consistera en l'ablation de la tumeur, car « il est impossible de savoir, dit-il, si ces accidents de torsion n'amèneront pas de complications redoutables et n'obligeront pas à intervenir d'une manière tardive et dans les conditions moins favorables que celles dans lesquelles on aurait pu opérer plus tôt ».

Bien que nous n'ayons pas constaté de tels faits parmi nos observations, nous pensons qu'il serait intéressant, en raison de la gravité de cet accident, d'en rapporter au moins une observation, notamment celle de Malherbe et Grosse (*in* Thèse de Burty, 1907), que voici :

Mme X..., secondipare, 38 ans. Une première grossesse terminée en décembre 1901 par la naissance de deux jumeaux, actuellement vivants.

Grossesse actuelle : les dernières règles datent du 5 au 9 août 1905.

En examinant la malade, le 2 mars 1906, on sent nettement sur la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic, un fibrome pédiculé implanté nettement sur la face antérieure de l'utérus, un peu plus large qu'une pièce de cinq francs.

Huit jours après, à la suite d'occupations plus actives que de coutume, la malade fut prise de douleurs vives localisées à la région ombilicale, au niveau du fibrome. Pas de vomissements ni de température. Ces douleurs se calmèrent à la suite d'applications de compresses chaudes sur l'abdomen et d'injections de morphine. Au bout de quelques jours, la malade essaya de se lever, mais elle fut reprise de douleurs dès qu'elle essaya de reprendre ses occupations habituelles. Dans ces conditions, on décida d'intervenir rapidement.

La laparotomie fut pratiquée ; après avoir libéré quelques adhérences péritonéales lâches, on arriva sur le fibrome, du volume d'une petite mandarine, aplati, presque sessile, implanté sur l'utérus par un pédicule court et épais. Ce pédicule avait subi un léger mouvement de torsion de gauche à droite, en

même temps que le tissu utérin, sur lequel était implantée la tumeur, subissait un véritable étirement. Le fibrome fut facilement énucléé, mais l'hémostase fut assez laborieuse et ne put être obtenue qu'à l'aide d'un véritable capitonnage sur lequel on appliqua l'extrémité inférieure de l'épiploon.

Les suites opératoires furent simples. On fit pendant cinq jours des injections de morphine à dose progressivement décroissante et il n'y eut aucune menace d'avortement. Accouchement à terme d'un enfant vivant du poids de 3.310 grammes. Suites de couches normales.

CHAPITRE II

Influence du petit fibrome sur l'évolution de la grossesse.

Même dans les cas des gros fibromes, — les observations en sont très nombreuses, —la tumeur ne contrarie nullement l'évolution d'une grossesse et permet son développement entier sans le moindre incident. Il est hors de doute, par conséquent, que les petits fibromes siégeant dans l'utérus ne gênent en aucune façon la marche et la terminaison de la gestation.

Néanmoins, certains gynécologues et accoucheurs attribuent tous les accidents survenant au cours d'une gestation compliquée de fibromes en général, à l'endométrite, compagne des fibromes, jouant le rôle de simple effet et de cause de ces accidents.

Le rôle considérable joué par l'endométrite au cours d'une grossesse est indéniable. L'utérus, dont la muqueuse est altérée, reste exposé à toutes les conséquences provenant de l'état de sa muqueuse, en particulier à la stérilité, à l'avortement et l'insertion vicieuse du placenta. Mais ce qui nous paraît incompréhensible, c'est que toute endométrite rencontrée dans un utérus avec petit fibrome et les incidents qui peuvent en résulter, doivent être imputés à ces petites tumeurs. Un utérus avec petit fibrome n'est pas à l'abri d'une endométrite, c'est vrai ; mais ne s'agirait-il pas ici plutôt d'une coïncidence fortuite que d'un effet du petit fibrome ? En nous adressant

à nos 37 observations, partout où nous avons découvert l'altération de la muqueuse utérine (quatre fois), il s'agissait de lésions préexistant au petit fibrome et celui-ci n'y était pour rien. Du reste, pour Schwartz et Hepp, l'endométrite est une exception dans la fibromatose utérine.

Ceci dit, nous allons maintenant passer en revue quelques éventualités relatées dans nos observations.

I. *Hémorragies.* — Elles ne sont que très exceptionnellement sous la dépendance même de la grosse tumeur. Si elles existent, elles sont presque toujours dues, d'après Pinard, à l'insertion basse du placenta. Sur dix cas d'hémorragies avant l'accouchement rapportés par Meheut dans sa statistique, quatre fois le placenta était inséré sur le segment inférieur. Mais dans les cas qui nous intéressent, nous avons noté trois fois de petits écoulements sanguins, peu alarmants, et n'ayant eu, semble-t-il, aucun rapport avec l'insertion vicieuse du placenta, puisque celui-ci était normalement inséré. Sur ces trois cas, il s'agissait deux fois de très légers suintements sanguins survenus au début de la grossesse, n'ayant duré que quelques jours avec interruption et ayant cédé au traitement le plus simple : repos horizontal et injections chaudes (Obs. XII et XX). Dans le troisième cas (Obs. XXVII), cet écoulement sanguin s'était produit à l'époque habituelle des règles, présentant les caractères analogues comme abondance et comme durée, et se répétant pendant plusieurs époques menstruelles.

Ces hémorragies légères dépendent, d'après Schwartz, d'un état congestif de la muqueuse utérine favorisé par la sclérose vasculaire et périvasculaire des vaisseaux utérins.

Pour d'autres, elles sont dues à l'endométrite concomitante.

II. *Avortements et accouchements prématurés.* — La présence d'une tumeur fibreuse, corps étranger, dans l'épaisseur de la paroi utérine peut provoquer, d'après certains auteurs, l'interruption de la grossesse dès son début. Pour expliquer cet accident, on invoquait l'endométrite, l'hydrorrhée, l'insertion vicieuse du placenta, les contractions irrégulières et spasmodiques de l'utérus, dont le point de départ serait le petit fibrome sous-muqueux, les adhérences, etc. Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie* (3e édition), s'exprime ainsi : « L'incident le plus commun et non moins grave en pareil cas, c'est l'avortement. »

Les statistiques de Lefour (12,7 p. 100) et de Nauss (18 p. 100) paraissent à ce point de vue singulièrement probantes.

Misgrave-Cley (cité par Turner) affirme que cet avortement est fréquent de la 6e à la 10e semaine, rare après trois mois.

Mais les statistiques plus récentes s'opposent à ces chiffres anciens et sont plus rassurantes.

Ainsi Hofmeier (1900) n'a-t-il observé que 4 avortements sur 42 cas, soit 9,52 p. 100. Méheut est encore plus rassurant. Il en donne une proportion de 3,52 p. 100.

Parmi nos observations, on n'a observé qu'un seul cas d'avortement, produit à six semaines (Obs. XXXII). Mais ici, il s'agissait d'un œuf hydramniotique, expulsé après la mort de l'embryon.

Quant à l'accouchement prématuré, il a été vu 5 fois

sur nos 31 cas, où on a pu suivre la grossesse jusqu'à l'accouchement.

Dans ces cinq cas, cet accident ne peut nullement être imputé à la lésion myomateuse du muscle utérin, puisque, à l'origine de ces accouchements prématurés, tous faits à huit mois et demi environ, nous trouvons soit la fatigue inhérente au genre de travail de la femme (Obs. I) ; ou la rupture prématurée des membranes (Obs. XXXI et XXXIII) ; ou la malformation utérine (Obs. XXX) ; et en dernier lieu, l'endométrite (Obs. XXVI), — causes suffisantes pour provoquer un travail prématuré.

Par conséquent, les avortements et accouchements prématurés semblent ne pas être sous la dépendance du petit fibrome et les choses ne paraissent que confirmer l'opinion actuelle des accoucheurs, à savoir que ces deux accidents ne sont guère plus fréquents que dans la grossesse non compliquée de fibrome.

III. *Autres accidents.* — La grossesse extra-utérine est quelquefois attribuée au rôle pathogénique des fibromes, même quand ils sont petits, à condition qu'ils soient sous-muqueux et voisins des ostium uterinum (Flammerdinghe).

Tout dernièrement, M. Gaston Michel en a cité deux cas, sans mentionner le volume du fibrome, où il avait constaté, dans un cas la rupture, dans l'autre l'avortement tubaire (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Nancy, séance du 17-11-1920).

Aussi l'insertion basse du placenta, les ruptures prématurée et précoce peuvent-elles s'observer dans les cas de petit fibrome, sans qu'on puisse l'en incriminer.

CHAPITRE III

Le petit fibrome et le travail.

Les grossesses ayant normalement évolué dans la pluralité des cas, se terminent généralement par un accouchement lui-même normal. Dans ces conditions, le petit fibrome n'apporte aucun obstacle mécanique au passage du fœtus. Mais cette « graine de fibrome » est capable quelquefois de retentir de façon appréciable sur les contractions du muscle utérin et de causer ainsi des incidents parfois graves, — d'où ressort toute l'importance d'en tenir compte au cours de la période dynamique de la puerpéralité.

I. *Présentation.* — A ce qu'il y a trait à la présentation fœtale, on conçoit facilement que les petits fibromes du corps utérin ne puissent en rien gêner l'accommodation. Mais il en va autrement des petits fibromes du segment inférieur qui ont, au point de vue de la présentation, une importance capitale.

L'entonnoir pelvien, sur lequel la tête doit venir appuyer vers le septième mois ou après, se trouvant modifié dans ses circonférences par la présence d'un fibrome, si petit soit-il, la tête glisse dans une fosse iliaque et on a une présentation de l'épaule (Obs. XXVIII) ou une présentation du siège.

Quelquefois la tête, au lieu de s'engager dans le délai moyen, peut rester mobile, même chez une primipare,

jusqu'au voisinage du travail grâce au manque de tonicité du muscle utérin, dû probablement à la dégénérescence myomateuse (Obs. X).

II. *Contractions utérines.* — Dans un utérus exempt de lésions fibromateuses, on a décrit des sortes d'ondes musculaires partant d'un point quelconque, par exemple une trompe, pour se propager de là au reste de l'organe, constituant ce qu'on nomme le péristaltisme utérin. Dans les cas de fibromes, si petits soient-ils, Freund et d'autres auteurs ont vu que le petit néoplasme formait, pour ainsi dire, un écran qui arrêtait les contractions dans les fibres musculaires qu'il interrompt et qu'il raccourcit d'autant. Ce phénomène est surtout accentué au moment du travail, d'où résulte une impotence fonctionnelle de l'utérus telle que l'accouchement traîne en longueur, les contractions sont faibles et irrégulières, et l'on peut alors observer tous les degrés d'inertie utérine, depuis le défaut de dilatation du col jusqu'à l'arrêt complet des contractions.

Les observations que nous rapportons, bien que peu nombreuses, montrent nettement que nous sommes en présence de ces utérus défaillants, boiteux, comme les appelle M. le professeur Fruhinsholz, qui, après un départ plus ou moins insidieux, semblent vouloir fournir un bon rendement, puis qui, au bout de quelques heures, commencent à se contracter mal, inefficacement, leurs contractions s'espaçant et diminuant d'intensité de plus en plus pendant un temps relativement long. Ces modifications du rythme et de l'énergie du muscle utérin ne peuvent parfois être régularisés même par emploi de différents ocytociques, tels que la quinine, le sucre, l'extrait d'hypophyse, etc.

Cette action néfaste du petit fibrome sur la contraction utérine est en grande partie due et renforcée par la qualité défectueuse de l'ensemble du muscle utérin, que présentent les primipares âgées — sclérose utérine généralisée — qui, comme l'a montré Bigex, régressive et impossible quelquefois à déceler automatiquement, est capable d'opposer de sérieuses résistances au moment du travail, et qui, ajoutée à la présence du petit fibrome, assombrit encore davantage le pronostic du travail.

C'est en raison de cette défaillance utérine que la durée totale du travail est, dans certains cas, excessivement longue et peut déterminer secondairement la souffrance fœtale et forcer la main de l'accoucheur, soit pour extraire un enfant vivant, soit pour réduire un enfant mort et terminer rapidement un travail lent et pénible.

Etant donné que nos cas sont peu nombreux, il nous serait difficile d'en donner une moyenne de la durée totale du travail.

D'après Bigex, la durée totale du travail serait de 15 h. 35 chez les primipares âgées sans fibromes, et de 20 h. 45 chez les mêmes, mais avec fibrome.

En analysant et en rapprochant les cas semblables, nous avons trouvé dans nos vingt-cinq observations où ces détails avaient été marqués, les résultats suivants :

Pour la période de dilatation :

8 fois elle a duré moins de 12 heures ;
8 fois elle a duré entre 12 et 24 heures ;
5 fois — 24 et 48 heures ;
2 fois — 3 jours environ ;
1 fois — 5 jours —
1 fois — 6 jours —

Dans les cas où la dilatation a dépassé seize heures pour aller jusqu'à 6 jours, il s'agissait toujours de primipares âgées.

Mais cette lenteur de la dilatation s'observe aussi, bien que d'une façon moins frappante, chez la moitié de nos multipares. A ce propos, parmi les chiffres précédents, la dilatation a duré :

4 fois entre 8 heures et 11 h. 30 ;
3 fois — 13 h. 20 et 16 h. 45 ;
1 fois — entre 24 heures.

Quant à la période d'expulsion, là où on n'est pas intervenu, elle est restée dans des limites normales.

Pour conclure, on peut dire que dans ces cas l'accouchement est retardé, principalement dans sa première partie, et qu'il entraîne toutes les conséquences d'un accouchement retardé (Fruhinsholz).

III. *Conséquences.* — a) *Interventions.* — A la suite de cette dystocie utérine, le nombre d'interventions obstétricales est considérable. Le plus souvent il s'agit d'applications de forceps, dont la proportion est, d'après Bigex, 20,4 p. 100, alors qu'elle n'est que de 5 p. 100 chez les primipares âgées sans fibrome, et 1,6 p. 100 dans les cas apparemment normaux.

A la Clinique Baudelocque, du 1er janvier 1901 au 1er février 1907, on a observé, sur 158 cas de fibromes, 17 interventions, dont 11 applications de forceps et 6 basiotripsies, ce qui a donné une mortalité infantile énorme.

Quant à nos cas, sur 30 accouchements surveillés, on

a dû intervenir 9 fois, soit 30 p. 100. Sur ces neuf interventions, nous avons :

6 applications de forceps ;

1 craniotraction après la craniotomie ;

1 basiotripsie ;

1 version (celle-ci pour la présentation défectueuse).

b) *Mortalité fœtale.* — Dans les cas de défaillance utérine, la prolongation du travail appelle les souffrances fœtales, celles-ci les interventions obstétricales, et les unes et les autres, en se combinant ensemble, contribuent pour une large part à ce que la mortalité fœtale soit relativement trop élevée.

Les chiffres anciens en sont très décevants. Ainsi, en réunissant les statistiques fournies par Susserotii, Tarnier, Lefour et d'autres, on a eu sur 57 cas de souffrances fœtales ayant provoqué les interventions obstétricales, 25 enfants vivants, soit 56 p. 100 de mortalité.

Mais les chiffres plus récents sont moins décourageants que les précédents. Ceci tient peut-être à ce qu'autrefois on intervenait un peu à tort et à travers, alors qu'aujourd'hui les indications d'intervenir sont mieux discutées et jugées. C'est ainsi que Méheut a trouvé sur 85 enfants, 20 de morts, soit une mortalité de 23 p. 100.

Quant à nos cas, sur 30 observations où la grossesse a été suivie jusqu'à l'accouchement, nous avons :

27 enfants vivants, soit 90 p. 100 ; et

3 enfants morts (dont un intact), soit 10 p. 100,

ce qui donne une mortalité fœtale moins élevée que les précédentes, mais toujours relativement grande.

IV. *Délivrance.* — D'une façon générale, la délivrance ne paraît pas être influencée par l'existence de la petite tumeur. Elle est, cependant, quelquefois retardée et ce retard peut aller dans certains cas jusqu'à la rétention complète du délivre pendant plusieurs jours (Obs. VII) grâce à la mauvaise contractilité de la fibre utérine ou à des adhérences anormales qui empêchent le décollement du placenta.

Dans d'autres cas, l'utérus tombe dans l'inertie secondaire, ne se contracte pas avec l'énergie habituelle, d'où résulte cette irrégularité empêchant l'accolement exact des parois de l'organe, à la suite de quoi certains sinus restent béants, le sang s'accumule peu à peu et fait appel à une nouvelle inertie et sa conséquence immédiate : l'hémorragie.

Généralement légères et vite arrêtées, ces hémorragies sont assez fréquentes, pouvant se répéter plusieurs fois dans un laps de temps très court et nécessiter le relèvement de l'état général par injections d'huile camphrée et de sérum physiologique, comme c'est le cas par exemple dans notre observation V, ou être très abondantes, cataclysmiques pour entraîner la mort, tel le cas où Ribemont-Dessaigne et Lepage ont perdu la femme malgré la délivrance artificielle.

D'autre part, la délivrance peut s'accompagner de rétention des membranes, car il est certain que ces utérus à contractions partielles y prédisposent. Il importe de surveiller la délivrance avec beaucoup de soin afin de pouvoir intervenir en temps opportun en cas d'hémorragie et de la faire avec douceur et patience, sans jamais forcer, pour éviter le plus possible la rétention des membranes, qui a été observée trois fois dans les cas que nous

rapportons : il s'agissait, dans un cas, de rétention partielle de caduque et de chorion (Obs. XII) et dans deux autres, de rétention partielle de caduque (Obs. IX et XXV).

V. *Suites de couches.* — Comme au cours du travail, le petit fibrome est en état, pendant les jours qui suivent l'accouchement, de donner naissance à des accidents ou complications. Mais ici encore, ces accidents et complications font l'exception. Parmi ceux-ci, les hémorragies indépendantes de celles de la délivrance peuvent s'observer, toujours pour la même raison : l'inertie secondaire et la rétraction défectueuse de l'utérus. Elles seraient tenaces et s'accompagneraient de douleurs de reins souvent atroces (Lefour).

Aussi au cours d'un accouchement laborieux, à la suite d'application de forceps, un petit fibrome, surtout lorsqu'il est sous-muqueux ou interstitiel, peut-il se mortifier, s'infecter et suppurer.

Barbier (Th. de Bordeaux, 1920) a réuni 24 observations de sphacèle de fibromes au cours de la grossesse et des suites de couches. Parmi celles-là, il en est deux, où le volume de la tumeur ne dépassait pas, dans un cas, la grosseur d'une noix, et dans l'autre, celui d'une petite mandarine.

Dans nos observations, toutes les suites de couches se sont favorablement terminées, excepté un cas (Obs. VIII) où les accidents d'ordre infectieux ont apparu au cours du travail (3 jours) pour finir par enlever la malade deux semaines après l'accouchement, — accidents favorisés par la rétention du placenta resté dans l'utérus encore deux jours après l'extraction du fœtus par le forceps.

Quoi qu'il en soit, la régression de l'utérus avec petit

fibrome doit toujours être suivie avec le plus grand soin, parce que l'utérus fibromateux est un *locus minoris resistentiæ* et éminemment plus sensible à l'absorption des toxines (Turner), provenant le plus souvent d'une antiseptie ou aseptie insuffisante à l'occasion d'une rupture prématurée ou précoce des membranes, ou par suite d'une intervention obstétricale peu soignée.

VI. *Poids des enfants.* — Pour ne pas en faire un chapitre à part, nous rapportons ici quelques chiffres relatifs à cette question.

Le professeur Pinard a trouvé sur 84 cas de fibromes :

15 enfants pesant 3.000 grammes et plus ;
20 — de 2.500 à 3.000 grammes ;
19 — moins de 2.500 grammes.

La statistique de Bigex donne les poids suivants :

11 enfants pesant 3.100 grammes et plus ;
11 — de 3.500 à 3.000 grammes ;
17 — de 3.000 à 2.500 grammes.

Celle de Cleicz nous fournit les mêmes documents.

Dans les cas de petits fibromes utérins, en écartant les enfants prématurés, sur 19 enfants nés à terme et dont le poids a été marqué, nous avons vu que :

12 pesaient de 3.100 à 3.500 grammes ;
5 — plus de 3.500 grammes ;
2 — un poids moyen.

Ces chiffres prouvent d'une façon manifeste que les fibromes n'ont aucune influence bien marquée sur le développement intra-utérin de l'enfant, dont le poids à la naissance reste le même que dans les cas apparemment normaux.

CHAPITRE IV

Influence de l'allaitement et des grossesses répétées sur le petit fibrome.

Pour Treub, si le manque ou la cessation précoce des processus de la reproduction favorise le développement des fibromes et en est le facteur le plus important, les petits noyaux fibromateux chez des femmes mariées ont une grande tendance à disparaître pendant l'involution utérine consécutive à l'accouchement comme si, après chaque grossesse, il se faisait une sorte de déblayage utérin consécutif au remaniement complet de la fibre musculaire.

En France, c'est le professeur Pinard qui a, après Emmet, attiré l'attention sur ce fait en disant que, pendant les suites de couches et ultérieurement, les fibro-myomes peuvent diminuer de volume et même disparaître, surtout lorsque la fonction de reproduction est complète, c'est-à-dire quand après l'accouchement il y a allaitement.

D'après Downer (*Lancet*, 16-12-1911), ce fait si heureux serait conséquence, soit de la force musculaire de l'utérus qui, en se contractant fort, gênerait l'irrigation sanguine de la tumeur et en amènerait une dégénérescence des fibres musculaires jusqu'à leur disparition, soit grâce à un effet analogue comme ceux que réalise l'opothérapie mammaire pour les fibromes en dehors de la grossesse.

Et plus un fibrome est petit, plus il est vivant, plus il a tendance à disparaître.

Notre observation IX en est des plus démonstratives. Déjà six semaines après l'accouchement, la femme qui allaitait son enfant ne présentait plus de traces de deux épaississements fibromateux signalés au cours de la gestation.

Il est très vraisemblable que ces petits fibromes ont dû bénéficier de la régression utérine favorisée par un allaitement maternel prolongé chez beaucoup de femmes, dont nous avons rapporté les observations, qui, malgré les demandes, ne sont pas venues se soumettre à l'examen clinique ultérieur.

Cependant, nous croyons utile de rapporter ici l'observation du professeur Kalabine (*Vratch*, 1901, p. 363 ; *Anal. in Ann. de Gyn.*, 1901, p. 403), que voici :

Femme de 36 ans, mariée à 29 ans, accouchée une première fois à 35 ans. Quelques mois avant la deuxième grossesse, on reconnut l'existence d'un fibromyome utérin qui avait atteint au deuxième mois de la grossesse le volume d'un poing ; on le sentait très facilement dans le cul-de-sac postérieur. Un deuxième fibrome occupait le fond de l'utérus. La femme était examinée par plusieurs gynécologues éminents de Moscou ; l'un d'entre eux niait l'existence d'une grossesse, deux autres considéraient une opération comme urgente. Kalabine conseilla l'expectation et la grossesse arriva à terme, après des souffrances assez grandes, il est vrai : douleurs avec contractions utérines, douleurs lombaires et sacrées, constipation opiniâtre, énervement.

L'accouchement se fit spontanément après 34 heures de travail ; la délivrance fut pratiquée deux heures plus pard par la méthode de Crédé ; il n'y eut pas d'hémorragie et les suites de couches furent normales ; l'enfant fut allaité par la mère. Kalabine examina cette patiente un an plus tard : le fibro-

myome du fond de l'utérus avait notablement diminué ; la tumeur de la paroi postérieure avait disparu.

Comme on le voit, l'influence bienfaisante de l'allaitement sur la régression du fibrome paraît être une condition *sine qua non*.

Mais les petits fibromes bénéficient aussi des grossesses répétées. En voici une preuve : A l'occasion d'une nouvelle grossesse, nous avons revu au moment du travail la femme qui a fait sujet de notre observation IV, et chez elle toutes les recherches pour retrouver le petit fibrome sont restées infructueuses, la petite tumeur ayant complètement disparu. Ce fait a été vérifié aussi par M. le professeur Fruhinsholz.

Ces quelques observations sont assez éloquentes pour nous inspirer en pareille matière la conduite à tenir, — conclusion que nous nous permettrons de rattacher aux autres à la fin de ce travail.

CHAPITRE V

I. — **Diagnostic.**

Le diagnostic du petit fibrome du fond ou des côtés de l'utérus est le plus souvent facile au cours de la gestation. C'est surtout au moment des contractions utérines, lorsque l'utérus se dessine en relief, que l'existence du petit fibrome est reconnue. Au palper méthodique, on sent alors une petite tumeur, dure, quelquefois bosselée, plus résistante que le muscle utérin contracté et faisant corps avec le dernier.

Toutefois, ce diagnostic peut présenter quelquefois de réelles difficultés ou prêter à confusion. A ce propos, il y a lieu d'envisager séparément les petits fibromes du corps et du segment inférieur de l'utérus.

Petits fibromes du corps utérin. — En cas d'un petit fibrome pédiculé, qui ne tient à l'utérus gravide que par un grêle pédicule, on peut avoir l'impression d'un petit kyste de l'ovaire : la consistance seule, très ferme dans le cas de fibrome, fournit un signe distinctif. Mais cette distinction d'avec le fibrome de l'ovaire est presque impossible si on ne perçoit pas l'ovaire sain à côté, ce qui est très difficile, du reste, en cas de grossesse.

Une autre erreur de diagnostic peut être commise, c'est de prendre un petit fibrome pour une petite partie fœtale, surtout lorsque la tumeur est régulière et très mobile (Obs. X). Quelquefois, le petit fibrome peut passer ina-

perçu ; il n'est diagnostiqué qu'au cours de la laparotomie (Obs. XXVII).

Quand il s'agit d'épaississements fibromateux plus ou moins diffus, les causes d'erreur ne manquent pas non plus, car Ahlfeld (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd.* 47 H. 2) a montré que l'utérus gravide peut présenter les contractions partielles qui simulent, à s'y méprendre, l'existence de ces petites dégénérescences fibromateuses.

Au cours de notre stage à la Clinique Obstétricale, nous avons eu l'occasion de voir de ces contractions partielles, qu'on prenait au premier examen pour des épaississements fibromateux, — diagnostic qu'on ne pouvait plus défendre à la visite suivante.

Dans tous les cas semblables par conséquent, il faut pratiquer des examens répétés avant de porter un diagnostic ferme.

Petit fibrome du segment inférieur. — Dans ces conditions, le toucher vaginal peut parfois ne pas donner de sensations nettes et on est exposé à prendre pour un fibrome, surtout dans les premiers mois de la grossesse, soit des annexes tombées dans le Douglas, soit une tumeur du bassin proprement dit. Pour éviter de se tromper, il faut, dans les cas douteux, faire le toucher vaginal manuel, au besoin sous anesthésie, et pour confirmer les constatations ainsi obtenues, pratiquer le toucher rectal, celui-ci surtout quand il s'agit de tumeurs de la paroi postérieure du segment inférieur (Obs. XII).

II. — **Pronostic.**

La question du pronostic, dans le cas qui nous occupe, doit être envisagée à quatre périodes différentes : avant

la conception, pendant la gestation, au cours du travail et durant les suites de couches :

1° *Avant la conception.* — Dans ce cas, le pronostic est des plus bénins : il se dégage de la discussion que nous avons essayé de faire à propos de l'influence du petit fibrome sur la conception et l'aptitude à la fécondation ;

2° *Pendant la gestation.* — Au cours de cette période, la question du pronostic est toujours favorable à l'évolution de la grossesse. Pour le petit fibrome lui-même, au contraire, le pronostic doit être en partie réservé à cause de ces cas, heureusement rares, où la brutalité des accidents (torsion du pédicule, poussée aiguë d'augmentation de volume) peut dominer la scène, et à la suite desquels Pinard a été amené à dire qu'il n'y a pas de pronostic d'évolution des fibromes au cours de la gestation :

3° *Au cours du travail.* — L'étude du pronostic au moment du travail offre une importance sérieuse. D'une façon générale, il reste assez réservé pour la période de dilatation qui peut varier, le plus souvent, entre 18 et 48 heures, et aller jusqu'à 3, 5 et 6 jours ; pour la vie de l'enfant (mortalité : 10 p. 100) et les interventions obstétricales (30 p. 100).

Pour la période d'expulsion, le pronostic est presque le même que dans les cas ordinaires, toutes choses étant normales par ailleurs.

Quant à la délivrance, il faut surtout craindre l'inertie utérine et sa conséquence immédiate : l'hémorragie, d'où ressort toute la gravité du pronostic ;

4° *Durant les suites de couches.* — Le pronostic est généralement bénin, puisque sur 32 cas de suites de couches, observés parmi nos observations, 31 fois elles

se sont terminées favorablement. Toutefois, il serait bon de prévoir une rétraction utérine défectueuse, lente (deux fois observée dans nos observations) ou de craindre les accidents d'ordre infectieux (infection puerpérale, Obs. VII) au cas où l'œuf a été prématurément ouvert et où le travail a nécessité, de par sa lenteur, des interventions.

III. — **Traitement.**

Nous devons dire quelques lignes du traitement du petit fibrome au cours de la gestation. Cette question mérite d'être envisagée à trois périodes différentes : pendant la grossesse, pendant le travail et pendant les suites de couches.

1° *Pendant la grossesse.* — S'il s'agit d'un petit fibrome pédiculé diagnostiqué à temps, c'est-à-dire dans les premiers mois de la grossesse, la question de son ablation peut être discutée et en prévision des accidents de torsion le médecin peut être amené à conseiller l'intervention. Mais ici encore, bien que les opérations conservatrices aient donné, dans les cas de ce genre, des résultats trop favorables pour qu'il ne soit pas permis de ne pas en tenir compte dans la détermination à prendre, le mieux, c'est de temporiser, vu la rareté de cet accident. Et l'indication à l'intervention ne doit être tirée que des accidents, non à venir, mais présents (Varnier, Pinard).

En cas de petit fibrome sessile ou intra-mural, l'abstention doit être la règle absolue (Pinard) ;

2° *Pendant le travail.* — La conduite à tenir se résume en la formule : *noli me tangere.* Mais si le travail se prolonge à l'infini, si l'utérus reste en panne plus ou moins longtemps, — d'où résultent soit la souffrance

fœtale et même sa mort, soit les chances d'infection, surtout lorsque l'œuf est ouvert, — alors faire un traitement purement symptomatique (quinine, sucre, ceinture, extrait d'hypophyse, injections chaudes) pour réveiller les contractions utérines, ou recourir aux interventions obstétricales (forceps, craniotomie, basiotripsie) pour terminer rapidement un travail long et pénible, ou pour réduire et extraire un enfant mort ;

3° *Pendant les suites de couches.* — L'intervention, en pareil cas, n'est que très rarement à envisager dans le cas où un fibrome pédiculé donnerait des incidents.

Mais ce qu'il faut faire — chose très importante — c'est d'encourager et de propager l'allaitement maternel dont on aura le triple bénéfice : l'involution physiologique de l'utérus, le bien de l'enfant et la disparition de la petite tumeur.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Clinique Obstétricale, n° 414), 1919

I pare âgée de 30 ans. Réglée à 16 ans, très régulièrement, règles indolores, peu abondantes, durant de 6 à 7 jours. Aucune maladie antérieure. Comme antécédents héréditaires, rien à signaler.

— Mariée en 1917, à l'âge de 28 ans. Mari fait prisonnier presque aussitôt ; revient en France à l'armistice. La femme devient enceinte immédiatement après.

Dernières règles du 5 au 9 décembre 1919. Grossesse normale sans aucun incident.

— Début du travail le 26 avril, dû vraisemblablement à la fatigue inhérente au genre de travail de cette femme.

A l'examen, on constate un seul noyau fibromateux du volume d'une noix, implanté sur la paroi antéro-supérieure de l'utérus.

Sommet engagé avant terme en OIGA. La dilatation est complète au bout de 7 h. 15 de travail ; rupture tempestive des membranes. La femme pousse bien et l'expulsion d'un garçon de 2.750 grammes a lieu 45 minutes après.

Délivrance normale au bout de 30 minutes. Placenta 480 grammes, membranes complètes.

Suites de couches normales.

Résumé. — Primipare âgée. Fibrome gros comme une noix. Fertilisation tardive. Accouchement à 8 mois et demi.

OBSERVATION II (Clinique Obstétricale, n° 514), 1919

— I pare âgée de 36 ans. Réglée à 12 ans, irrégulièrement jusqu'à l'âge de 17 ans à cause d'une anémie dont la guérison a été suivie de règles normales et d'une bonne santé.

— Mariée en 1918, à l'âge de 35 ans. Devient enceinte immédiatement après le mariage. Dernières règles du 23 au 26 décembre 1918. Donc le terme probable vers le 10 octobre 1919. Grossesse d'évolution normale allant à terme.

— Au sixième mois de la gestation, on constate, lors d'une consultation à la clinique, l'existence des deux noyaux fibromateux du volume d'une noisette, au fond de l'utérus et dans la région sus-pubienne.

— Sommet engagée avant terme en OIGA.

— Début du travail le 10 octobre à 11 heures. La dilatation est complète au bout de 11 h. 30. Rupture tempestive des membranes. L'expulsion d'un enfant vivant de 3.900 grammes a lieu spontanément au bout d'une heure et demie.

— Délivrance normale 35 minutes après. Placenta, 630 grammes ; membranes complètes ; insertion basse du placenta.

— Suites de couches normales.

Résumé. — Primipare âgée. Fertilisation tardive. Deux noyaux fibromateux gros chacun comme une noisette. Accouchement à terme, sommet.

OBSERVATION III (Clinique Obstétricale, n° 686), 1919

— I pare âgée de 30 ans, couturière de profession. Réglée à 15 ans, assez irrégulièrement jusqu'à 19 ans, puis les règles sont devenues normales, indolores, durant de 4 à 6 jours. A toujours joui d'une parfaite santé.

— Etant célibataire, a toujours voulu éviter la grossesse. Devient enceinte accidentellement. Dernières règles du 19 au 25 février 1918. La gestation évolue normalement jusqu'à terme.

— Au neuvième mois, lors d'une visite à la clinique, on découvre un petit noyau fibreux sur le fond de l'utérus, gros comme une noix.

— Début du travail à terme. Sommet engagé en OIGA. Le travail est lent, traînant, les contractions utérines ne venant qu'avec un long intervalle. L'onde musculaire ne se transmet pas également à tous les points de l'utérus, mais se localise de temps en temps à une zone de l'utérus.

— Dilatation complète au bout de deux jours. A ce moment, ralentissement des battements fœtaux. On procède à la rupture artificielle des membranes. Liquide amniotique fortement coloré en vert. La tête étant dans l'excavation, on se décide à appliquer le forceps. La prise est faite sous l'anesthésie générale. L'extraction d'une fille vivante de 3.900 grammes a lieu sans aucune difficulté.

— Délivrance normale au bout de trente minutes. Placenta, 600 grammes ; membranes complètes ; rupture haute.

— Suite de couches normales.

Résumé. — Primipare âgée. Fertilisation tardive. Petit fibrome gros comme une noix. Travail très lent, souffrances fœtales. Dilatation, 47 heures. Forceps. Enfant vivant.

OBSERVATION IV (Clinique Obstétricale, n° 304), 1920

— I pare âgée de 32 ans, bonnetière de profession, dont les antécédents héréditaires n'ont rien à signaler. Réglée à 11 ans, très régulièrement, règles abondantes, indolores, d'une durée de 4 jours. Toujours en bonne santé.

— Mariée en 1919, à l'âge de 31 ans. Mari bien portant, sobre, horloger. Devient enceinte immédiatement après son mariage. Dernières règles du 6 au 10 juin 1919. Grossesse normale sans autres incidents que quelques vomissements au cours des deux premiers mois.

— Premières contractions douloureuses le 31 mars, donc à terme apparent. Mais elles sont rares, espacées, peu douloureuses. Une sage-femme, mandée le 2 avril, trouve que le

travail est stationnaire et envoie la partiruente au service de M. Fruhinsholz, où la femme entre le même jour à 11 heures.

— A l'examen, on découvre l'existence d'un épaississement fibromateux limité au niveau de la corne gauche et d'un noyau nettement différencié du volume d'une noisette, dans la région sus-pubienne.

— OIGA. Battements normaux à gauche. Col effacé, dilaté comme 1 franc. Segment inférieur légèrement œdématié en avant ; poche des eaux intacte.

— Le 3 avril, la dilatation est comme 2 francs .L'œdème noté la veille a disparu presque complètement ; le segment inférieur est mince. Rien ne paraît gêner l'engagement de progresser ni la dilatation de se faire. Mais les contractions utérines sont très espacées, faibles, molles. Les battements fœtaux restent bons. A 22 heures, la dilatation est stationnaire. On fait alors une piqûre de morphine. La femme, après avoir sommeillé deux heures à peine, se plaint de nouveaux de douleurs localisées particulièrement dans les jambes.

— Le 4, à 8 h. 30, rupture précoce des membranes ; liquide amniotique verdâtre ; battements fœtaux irréguliers, tantôt à 80, tantôt à 130 à la minute. Dilatation toujours stationnaire. On donne de la quinine et du sucre à titre d'ocytociques, mais les contractions utérines restent sommeillantes, peu énergiques. Dans la matinée, les battements fœtaux se régularisent et restent à 120-130 à la minute.

— Le 5, *statu quo* que le jour précédent. Dans la soirée, on renouvelle de la quinine. A 22 heures, la dilatation est comme 5 francs, les battements sont bons, la température reste normale, l'état général de la femme est bon. Pas d'albumine.

— Dans la nuit du 5 au 6, une nouvelle dose de quinine. Le 6, entre 3 et 5 heures, les contractions paraissent plus énergiques. A 8 heures, on ne perçoit plus de battements fœtaux. La dilatation est comme 5 francs, la tête est dans l'excavation. Col à bords minces et souples. Pas de physométrie.

— On se décide à terminer l'accouchement par crâniotraction, qui est exécutée par M. le professeur Fruhinsholz et qui ne présente aucune particularité. Garçon de 3.350 grammes.

— Délivrance normale au bout de 35 minutes. Placenta et membranes complets.

— Suites de couches normales.

Résumé. — Primipare âgée. Fertilisation tardive. Deux noyaux fibromateux, dont un gros comme une noisette. Travail excessivement lent par inertie complète de l'utérus (6 jours). Souffrances et mort fœtales. Crâniotraction.

Remarque. — La femme redevient enceinte en 1920. Dernières règles du 16 au 20 juin. Grossesse gemellaire surveillée dès le huitième mois à la clinique (n° 97/1921). *A l'examen, on ne retrouve plus les petits fibromes signalés lors de sa première grossesse : ceux-là avaient complètement disparu.*

OBSERVATION V (Clinique Obstétricale, n° 360), 1920

— I pare âgée de 41 ans. Réglée à 15 ans, règles bégayantes jusqu'à l'âge de 20 ans à cause d'une anémie. Depuis, règles normales, indolores, durant quelques jours.

— Mariée en 1918, à l'âge de 29 ans. Mari, 40 ans, valet de chambre, sobre, bonne santé. Chez lui, on ne trouve aucun passé pathologique. Les deux conjoints désiraient avoir des enfants.

— Dernières règles du 4 au 8 juillet 1919. La grossesse est d'une évolution idéale contrôlée à plusieurs reprises par des consultations à la Clinique Obstétricale, au cours desquelles on découvre plusieurs épaississements fibromateux de l'utérus, dont un particulièrement accentué au fond et à droite, un autre à la paroi antéro-latérale droite.

— Sommet engagé avant terme en OIGA. Début du travail le 19 avril dans la nuit. Donc à terme. La femme entre à la salle de travail à minuit du 19 au 20.

— Le 20, les contractions sont lentes, espacées, quelquefois partielles. Mais à partir de 10 heures, elles redeviennent fréquentes, énergiques, se succédant toutes les cinq minutes.

A 15 heures, la dilatation est complète. Rupture spontanée et tempestive des membranes. Au bout de 55 minutes, expul-

sion d'un garçon vivant de 3.400 grammes, sans aucun incident.

— Dix minutes après, on s'aperçoit que l'utérus est remonté à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et qu'il a beaucoup augmenté de largeur. Par expression, on fait sourdre de nombreux caillots en même temps que le placenta descend dans le vagin. On pratique alors la délivrance, le placenta se présentant par sa face fœtale. De gros caillots suivent. L'utérus se contractant mal, la femme continue à saigner. Une injection chaude arrête l'hémorragie.

— A 17 heures, l'hémorragie recommence. La femme a une faiblesse. Son utérus est mou et distendu. L'expression ramène de nouveau quelques gros caillots. Une injection chaude arrête définitivement l'écoulement sanguin. Le pouls est à 80, assez dépressible, les téguments sont décolorés. On remonte l'état général par de l'huile camphrée et une injection sous-cutanée de sérum physiologique.

— Placenta 510 grammes, membranes complètes, caduque partiellement épaissie.

— Suites de couches normales. La femme quitte le service le neuvième jour en allaitant son enfant.

Résumé. — Primipare très âgée. Endométrite. Fertilisation tardive. Plusieurs petits épaississements fibromateux. Sommet à terme. Hémorragie post partum par inertie secondaire. Allaitement maternel.

Remarque. — La femme est revue six semaines après sa sortie du service. Les deux épaississements signalés antérieurement ont disparu presque complètement sous l'influence de l'allaitement maternel.

OBSERVATION VI (Clinique Obstétricale, n° 827), 1920

— I pare âgée de 28 ans. Réglée à 13 ans, très régulièrement, règles indolores, durant 4 jours environ. Toujours en bonne santé.

— Mariée en 1919, à l'âge de 27 ans. Premiers rapports

sexuels à l'occasion du mariage. Grossesse immédiate. Dernières règles du 23 au 27 décembre 1919. Grossesse normale allant à terme.

— Lors d'une consultation à la clinique, on constate au septième mois un petit fibrome comme une petite noix, siégeant dans la région sus-pubienne, et un autre du même volume localisé sur la corne droite.

— Sommet engagé avant terme en OIGA. Début du travail le 30 septembre vers 19 heures. Donc à terme.

Après plusieurs contractions de bonne intensité, le travail se ralentit de telle sorte que la nuit du 30 au 1er est assez calme.

— Le 1er octobre, à partir de midi, les contractions redeviennent de bonne qualité. A 18 heures, la dilatation est complète, suivie de rupture spontanée de la poche des eaux. La femme est invitée à pousser, mais l'utérus se contracte mal, la tête progresse très lentement. A 20 heures, expulsion d'un garçon vivant de 3.900 grammes.

— Délivrance normale au bout de 45 minutes. Placenta 520 grammes, membranes complètes, rupture haute.

— Suite de couches normales.

Résumé. — Primipare âgée. Fertilisation tardive. Deux noyaux fibromateux gros comme une petite noix chacun. Sommet à terme. Travail lent par inertie utérine. Dilatation 23 heures. Enfant vivant.

OBSERVATION VII (Clinique Obstétricale, n° 936), 1920

— I pare, âgée de 37 ans. Réglée à 16 ans, toutes les trois semaines, règles douloureuses par moments, durant 4 à 5 jours. Aurait toujours joui d'une bonne santé.

Mariée en décembre 1919. Premiers rapports sexuels à l'occasion du mariage. Devient enceinte tout de suite après, ses dernières règles étant du 4 au 8 janvier 1920. Grossesse d'évolution normale, contrôlée à plusieurs reprises par M. le professeur Fruhinsholz, qui constata vers le sixième mois la

présence d'un fibrome du volume d'une petite mandarine, situé latéralement par rapport au col et pointant vers l'excavation. A 8 mois, l'engagement s'effectue en OIGA et le petit fibrome n'est plus accessible (mouvement ascensionnel).

— La gestation va à terme, car les premières douleurs apparaissent le 25 octobre 1920 à 20 heures. Le travail est lent par intertie utérine. Il traîne plusieurs jours.

— Le 27, à 16 heures, la dilatation est comme une petite paume de main. Le médecin traitant se décide à intervenir et fait plusieurs applications de forceps, dont la dernière est suivie d'extraction d'un enfant mort ayant succombé au cours du travail. On essaie de faire la délivrance, mais celle-ci ne venant pas, on y renonce en faisant plusieurs injections intra-utérines que l'on renouvelle le 28.

— Le 29, la parturiente est dirigée sur la Clinique Obstétricale, où elle entre à 9 heures. A ce moment, température rectale à 39°2. D'après les renseignements, elle aurait apparu le 28 au soir précédée d'un frisson. Dès son arrivée au service, M. le professeur Fruhinsholz fait la délivrance artificielle sans aucune difficulté (pas d'adhérences pathologiques) et, chemin faisant, il constate de nouveau l'existence du petit fibrome susmentionné, empiétant sur le bord gauche de l'utérus.

— Placenta complet, mais presque entièrement découronné. L'odeur est très forte. On fait une injection intra-utérine iodée de plusieurs litres.

Le lendemain et les jours suivants, persistance de la température allant quelquefois jusqu'à 40° ; ballonnement du ventre, hoquets, quelques vomissements bilieux, mais l'état général reste bon et satisfaisant jusqu'au 6 novembre, lorsque toute une série de phénomènes septicémiques se déclanchent qui, malgré un traitement local et général intensif, finissent par enlever la malade huit jours plus tard.

— L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Résumé. — Primipare très âgée. Fertilisation tardive. Fibrome du segment inférieur gros comme une petite mandarine, ayant subi dans le dernier temps le mouvement ascen-

sionnel. Travail à terme. Sommet. Utérus en panne depuis 5 jours. Forceps. Mort fœtale. Retention placentaire. Délivrance artificielle. Infection puerpérale et mort de la femme.

OBSERVATION VIII (Clinique Obstétricale, n° 973), 1920

— I pare âgée de 38 ans. Sourde et muette dès son enfance. Célibataire. Etat général très bon. Pas de signe de rachitisme. D'après les renseignements fournis par une parente de l'intéressée, celle-ci aurait été violée au début de février 1920. La date de ses dernières règles reste inconnue.

— Début du travail le 15 novembre à 16 heures. La parturiente entre à la salle de travail le 16, à midi. A l'examen : sommet engagé en G. A., col effacé et dilaté comme 5 francs. Au moment d'une contraction utérine, on découvre un petit placard fibromateux situé sur le fond de l'utérus. L'utérus se contracte assez fréquemment, mais les contractions sont peu énergiques. La dilatation est complète à 15 heures, suivie de rupture spontanée des membranes. Expulsion d'un garçon vivant de 3.040 grammes au bout d'une heure.

— Délivrance normale 45 minutes après sans aucune particularité. Placenta 500 grammes, membranes complètes, rupture au ras du bord placentaire (insertion basse du placenta).

— Suites de couches normales.

Résumé. — Primipare très âgée, sourde et muette. Fertilisation tardive (par viol). Petit placard fibromateux. Sommet. Utérus défaillant. Dilatation 23 heures. Enfant vivant.

OBSERVATION IX (Clinique Obstétricale, n° 124 *b*), 1921

— I pare âgée de 36 ans. Réglée normalement à 13 ans, règles indolores, durant 3 jours environ. Dans les antécédents personnels : fièvre typhoïde, scarlatine et rougeole vers l'âge de 10 ans. Depuis, toujours bien portante.

— Mariée en 1919, à l'âge de 34 ans. Premiers rapports sexuels à cette occasion. Devient enceintre en 1920, ses der-

nières règles étant fin avril. Gestation normale allant à terme.

— Début du travail le 12 février, à 5 heures ; donc à terme. Les douleurs sont petites et s'arrêtent vers 10 heures. Entre à la salle de travail à 20 heures. A partir de 21 heures, réapparition des douleurs survenant toutes les 15 minutes environ.

— Le 13, à 3 heures, contractions toutes les 10 minutes. A 11 heures, col effacé et dilaté comme une petite paume de main. Poche intacte. Tête bien engagée. A 19 heures, contractions paresseuses et molles. A 21 heures, on administre de la quinine à titre d'ocytocique. Les contractions semblent se rapprocher, sans cesser d'ailleurs d'être molles et inefficaces.

— Le 14, à 1 h. 30, dilatation complète, suivie de rupture spontanée des membranes. Quelques contractions amènent la tête sur le périnée. Mais là, l'utérus redevient fort paresseux. On fait, à une demi-heure d'intervalle, deux piqûres d'extrait d'hypophyse. Battements fœtaux bons. A 2 h. 30, la tête progresse lentement, les contractions sont accélérées mais peu renforcées. A ce moment, le liquide amniotique devient légèrement verdâtre. On se tient prêt à intervenir. A 3 heures, la tête est suffisamment dégagée pour qu'on termine par énucléation. Enfant vivant de 3.330 grammes en mort apparente, que l'on ranime par des moyens habituels.

— Délivrance normale dans le délai ordinaire. Placenta complet, membranes dissociées avec légère rétention de caduque. Rupture haute.

— Au cours de la délivrance, en surveillant l'utérus, on s'aperçoit de la présence d'un petit fibrome bosselé, sessile, gros comme un marron, implanté sur la ligne médiane du fond utérin.

— Suites de couches normales.

Résumé. — Primipare très âgée. Fertilisation tardive. Petit fibrome gros comme un marron. Sommet à terme. Utérus défaillant. Dilatation 45 heures. Enucléation. Enfant en mort apparente. Extrait d'hypophyse.

OBSERVATION X (Clinique Obstétricale, n° 143), 1921

— I pare de 32 ans. Réglée à 14 ans, régulièrement. Dans les antécédents héréditaires, rien à signaler. Aurait eu la scarlatine dans l'enfance. A part cela, toujours bien portante jusqu'à l'âge de 20 ans.

— Mariée une première fois en 1909, à l'âge de 20 ans. Contracte au début du mariage une métrite ayant nécessité un traitement médical pendant un an. Restée veuve en 1911.

— Remariée en 1913. Restée stérile malgré le désir d'avoir des enfants. Mari bien portant, employé des chemins de fer.

— Devient enceinte en 1920, à l'âge de 31 ans. Dernières règles finies le 10 mai. Grossesse d'évolution normale contrôlée à plusieurs reprises par des consultations à la Clinique Obstétricale. La tête s'amorce vers la fin de la gestation.

— Début du travai le 19 février, à 18 heures. Donc à terme. Entre à la salle de travail le 21, à 5 heures. A ce moment, col effacé et dilaté comme 1 franc. Sommet engagé en D. P. En palpant, on constate la présence d'un petit fibrome, régulier, pédiculé, gros comme une noix, inséré sur le bord gauche de l'utérus. Très mobile, de telle sorte qu'au cours de la gestation on l'avait pris pour une petite partie fœtale.

— A 9 heures, douleurs fortes et énergiques, revenant toutes les deux minutes. Au toucher, dilatation comme 5 francs, segment inférieur encore épais. Poche des eaux intacte. Battements fœtaux bons. On applique une ceinture parce que la tête fœtale n'appuie pas bien sur le segment inférieur et on donne quelques injections chaudes.

— A 13 h. 15, la poche des eaux apparaît à la vulve. Rupture artificielle. Liquide amniotique verdâtre. La tête est en O. P. La femme pousse bien et l'expulsion d'une fille vivante de 3.650 grammes se fait à 13 h. 30. L'enfant crie aussitôt. Quelques débris de membranes recouvrent son épaule droite.

Délivrance normale par traction et expression 55 minutes après. Placenta 520 grammes, membranes complètement disso-

ciées et réduites à quelques vestiges qui entourent le cordon. Caduque épaissie.

— Suites de couches normales.

Résumé. — Primipare âgée. Fertilisation tardive. Endométrite. Petit fibrome pédiculé gros comme une noix. Sommet à terme. Utérus boiteux, dilatation 43 heures. Enfant vivant.

OBSERVATION XI (M. Fruhinsholz), 1910

— I pare de 35 ans. Date du mariage non précise, mais probablement tardive. Vue au cours de sa grossesse. Celle-ci évolue normalement.

— On reconnaît l'existence des deux petits fibromes en haut et à droite, gros comme un marron et une noix.

— Accouchement à terme. Rupture prématurée des membranes. Le travail est normal et rapide (5 heures). Fille de 2.650 grammes. Délivrance lente par inertie utérine. Insertion vélamenteuse du cordon. L'enfant présente une tache mongolique.

— Suites de couches normales.

Résumé. — Primipare très âgée. Fertilisation tardive. Deux petits fibromes. Sommet à terme. Inertie secondaire.

OBSERVATION XII (M. Fruhinsholz), 1910

— I pare âgée de 28 ans ; mûlatresse martiniquaise. Réglée à 11 ans, règles moyennes mais très douloureuses. Devient enceinte le mois même de son mariage.

— Au troisième mois de la gestation, douleurs obdominales vives avec écoulement sanguin léger. Vulve étroite, vagin étriqué et infantile. On sent un petit nodule fibromateux gros comme un pois sur la paroi antéro-inférieure de l'utérus ; un autre noyau fibromateux bilobé, gros comme un marron correspondant à la partie postéro-inférieure gauche du segment inférieur. Le toucher rectal confirme les constatations ci-dessus.

— Les crises douloureuses se renouvellent plusieurs fois au cours de la gestation. Les deux petits fibromes subissent un mouvement ascensionnel.

— Accouchement à terme. Dilatation 13 h. 30, expulsion 30 minutes.

— Délivrance normale avec rétention partielle du chorion. Enfant de 2.750 grammes environ.

— Après la délivrance, on reconnaît un troisième nodule fibromateux gros comme une noisette au niveau du fond utérin.

— Suites de couches normales.

Résumé. — Primipare âgée. Fertilisation tardive. Trois nodules fibromateux. Mouvement ascensionnel. Sommet à terme. Ecoulement sanguin, crises douloureuses.

OBSERVATION XIII (M. Fruhinsholz), 1910

— I pare âgée de 31 ans et demi. Mariée depuis deux ans. Rélgée à 15 ans, règles peu abondantes. Devient enceinte après un an et demi de mariage. La grossesse évolue normalement.

— A un mois du terme, on trouve un sommet amorcé et on reconnaît l'existence d'un petit fibrome gros comme une mandarine au niveau du segment inférieur à droite, immédiatement au-dessus du pubis droit.

— L'accouchement et les suites évoluent normalement.

Résumé. — Primipare âgée. Fertilisation tardive. Fibrome gros comme une mandarine. Sommet à terme.

OBSERVATION XIV (M. Fruhinsholz), 1912

— I pare de 39 ans. Mariée depuis 17 ans. Reste stérile à cause d'une salpingite droite contractée au début du mariage. A suivi un traitement prolongé et fait plusieurs saisons à Luxeuil. A perdu à différentes reprises du pus par le vagin.

— Lorsqu'elle devient enceinte, la région salpingiénne

droite reste douloureuse. On trouve sur l'utérus, en avant et à gauche, un nodule fibromateux gros comme un pois.

— La grossesse évolue normalement avec quelques phénomènes douloureux et des traces d'albuminurie et va jusqu'à terme. Le travail est laborieux, dure 48 heures. La terminaison se fait par forceps sur une tête en D. P. L'enfant naît en mort apparente, de 3.000 grammes environ.

— Suites de couches normales.

Résumé. — Primipare âgée. Fertilisation tardive. Petit fibrome gros comme un pois. Salpingite. Travail 48 heures. Forceps. Enfant vivant.

OBSERVATION XV (M. Fruhinsholz), 1912.

— I pare âgée de 39 ans. Mariée depuis un an. Devient enceinte immédiatement après son mariage. La grossesse évolue normalement jusqu'à terme.

— On trouve un petit fibrome du volume d'une mandarine, inséré à droite de l'utérus.

— Accouchement à terme. Rupture prématurée des membranes. Travail très lent, d'une durée de 3 jours, terminée par une application de forceps. Enfant de poids moyen, vivant.

— Suites de couches normales.

Résumé. — Primipare très âgée. Fertilisation tardive. Fibrome gros comme une mandarine. Sommet à terme. Travail très lent, 3 jours. Forceps. Enfant vivant.

OBSERVATION XVI (M. Fruhinsholz), 1914

— I pare de 30 ans ; rachitique. Présente au cours de sa grossesse un petit nodule fibromateux sus-pubien. Grossesse normale. Rétrécissement léger, D. U. 9 centimètres.

— Accouchement à terme. Travail de 48 heures environ. Application de forceps. Enfant vivant de 3.170 grammes. Suites normales.

Résumé. — Primipare âgée. Fertilisation tardive. Rachitique. Petit nodule fibromateux. Travail 48 heures. Forceps. Enfant vivant.

OBSERVATION XVII (M. Fruhinsholz), 1919

— I pare âgée de 34 ans. Toujours bien réglée. Mariée depuis un an. Devient enceinte au bout de quelques mois de mariage. Perd un peu de sang vers quatre mois de grossesse. Examinée à ce moment, elle présente un petit fibrome pédiculé à l'angle supéro-gauche de l'utérus. En trois points différents de l'utérus, on perçoit de légers épaississements fibromateux localisés. L'évolution ultérieure de la grossesse est normale.

— Accouchement à terme.

Résumé. — Primipare âgée. Fertilisation tardive. Petit fibrome pédiculé et épaississements localisés. Sommet à terme.

OBSERVATION XVIII (M. Fruhinsholz), 1920

— I pare âgée de 32 ans. Réglée normalement. Mariée en avril 1920. Devient enceinte en juin. Dernières règles finies le 20 juin. Evolution normale. Vue au sixième mois de la grossesse, elle présente au niveau du segment inférieur, dans le cul-de-sac vaginal droit, un petit fibrome gros comme une noisette.

— Perdue de vue ultérieurement.

Résumé. — Primipare âgée. Fertilisation tardive. Fibrome.

OBSERVATION XIX (M. Fruhinsholz), 1921

I pare âgée de 40 ans. Bien portante et réglée normalement. Mariée depuis 17 ans. Désirant des enfants. Est restée stérile jusqu'à présent. A souffert au début de son mariage d'une métrite « purulente », dit-elle. En désespoir de cause, elle avait adopté un enfant il y a quelques années.

— Dernières règles en mars 1920. La grossesse évolue normalement. Rupture prématurée des membranes le 1er janvier 1921, à 8 heures du matin. Début des douleurs à midi. Envie de pousser à partir de minuit.

— Le 2, à 6 heures, deux applications de forceps sans succès. Je suis appelé à 9 heures : utérus gros, très incliné à droite, renfermant de l'air. Dos à gauche. On perçoit nettement, au fond de l'utérus et à gauche, un nodule fibromateux du volume d'un marron, au voisinage de la zone d'insertion des annexes. Les contractions sont faibles et rares. Battements très rapides et surtout très affaiblis. Au toucher, le vagin est contus, le col est déchiré en avant. La tête est encore au détroit supérieur en OIGT et présente sur la région déclive un hématome fluctuant. L'enfant étant vivant et souffrant, je tente par scrupule une application de forceps qui est facile. La descente est lente et pénible. Au bout de 15 minutes, on n'entend plus de battements fœtaux. Je termine par une basiotripsie. Extraction facile.

— Délivrance normale. Inertie secondaire. Suture périnéo-vaginale.

Résumé. — Primipare très âgée. Fibrome gros comme un marron. Métrite. Fertilisation tardive. Sommet à terme. Utérus défaillant ; travail lent. Forceps et basiotripsie.

OBSERVATION XX (M. Fruhinsholz), 1921

— I pare de 26 ans. Toujours bien portante et bien réglée. Depuis quelques années, règles plus abondantes avec caillots. Mariée en juin 1920.

— Dernières règles fin septembre. Présente à la fin d'octobre un écoulement sanguin brusque qui ne dure pas. Au début de novembre, un suintement sanguinolent de quelques jours. En décembre 1920, elle est obligée de s'aliter pour des douleurs abdominales vives ; le médecin traitant, ayant constaté l'existence de deux petites « tumeurs » au niveau de l'utérus, propose une intervention chirurgicale. Un chirurgien, consulté, l'en détourne.

— Lorsque je vois cette femme pour la première fois, fin janvier 1921, elle présente tous les signes d'une grossesse normale de quatre mois et demi au moins. On trouve au fond de l'utérus et à gauche, au voisinage de la corne correspondante, un petit fibrome mou, pédiculé, du volume d'une noix. Le segment inférieur est normal.

Résumé. — Primipare à la limite. Fertilisation un peu tardive. Petit fibrome gros comme une noix. Ecoulement sanguin. Evolue normalement.

OBSERVATION XXI (M. Fruhinsholz), 1921

— I pare âgée de 32 ans. Bien portante et bien réglée. Mariée depuis 16 mois.

— Dernières règles fin avril 1920. Gestation normale.

— Apparition des douleurs le 28 janvier 1921. Travail franc à dater du 30. Le médecin appelé trouve une dilatation de 5 francs. Poche intacte. Celle-ci se rompt le 31, à 1 heure du matin. Endolorissement lombaire continu. Contractions rares et irrégulières les 1er, 2 et 3 février, sans progression sensible malgré une injection sous-cutanée d'extrait d'hypophyse.

— Je vois la partiruente le 3 au soir : obésité considérable. Apyrexie. OIDT bien engagé. Utérus volumineux présentant sur son fond, à égale distance des deux cornes, qui sont un peu accusées chacune, un petit fibrome du volume d'une noix. Le col est mince et souple, dilaté comme une petite paume de main. Battements fœtaux normaux. Liquide clair. On administre de la quinine, on donne des grandes injections chaudes et l'on applique une ceinture abdominale fortement sanglée.

Le 4 au matin, la dilatation est complète. Le médecin traitant termine par une application de forceps sous chloroforme. Extraction facile d'une fille vivante.

— Délivrance normale. Suites de même.

Résumé. — Primipare âgée. Obésité. Fertilisation tardive. Petit fibrome gros comme une noix. Sommet à terme. Utérus défaillant par inertie. Extrait d'hypophyse, de la quinine. Dilatation 5 jours. Forceps. Enfant vivant.

OBSERVATION XXII (Clinique Obstétricale, n° 219), 1920

III pare âgée de 40 ans. Réglée à 17 ans, très irrégulièrement, quelquefois tous les deux mois, règles indolores, peu abondantes, durant deux jours. Mariée en 1905, à l'âge de 25 ans.

— I grossesse en 1906. Tout normal ; accouchement à terme. Enfant nourri au sein. Suites normales.

— II grossesse en 1912. Six ans d'intervalle. Evolution comme pour la première.

— III grossesse actuelle. Huit ans d'intervalle. Stérilité secondaire de huit ans, sans qu'on puisse expliquer ce long repos génital, sinon par la guerre, car il ne semble pas que la femme ait voulu éviter la grossesse.

Dernières règles du 16 au 18 mai 1919. Grossesse normale allant à terme.

— Début du travail le 9 mars 1920, à 7 heures. La femme entre à la salle de travail à 14 heures. A ce moment, on constate la présence de deux noyaux fibromateux du volume d'une noisette chacun, localisés au niveau du fond utérin. Tête en OIGA. Les contractions sont énergiques. A 16 h. 10, rupture précoce des membranes. Liquide verdâtre. Dilatation comme 5 francs. La tête repose bien sur le segment inférieur et le col, qu'elle obstrue complètement. On pense alors que la souffrance fœtale est due probablement à un circulaire du cordon (ce qui a été confirmé au moment du dégagement, le circulaire étant très serré).

— Au bout de 10 heures de travail, la dilatation est complète, la tête apparaît à la vulve et, vingt minutes après, expulsion d'une fille vivante de 3.400 grammes, après qu'on ait eu soin d'enlever un triple circulaire.

— Délivrance normale. Placenta 750 grammes (spécificité probable), membranes complètes, rupture haute, caduque épaissie. Suites de couches normales.

Résumé. — Stérilité secondaire (intervalle de huit ans). Petits fibromes gros comme une noisette chacun. Endométrite (caduque épaissie). Dilatation 9 h. 40.

OBSERVATION XXIII (Clinique Obstétricale, n° 320), 1920

— II pare âgée de 37 ans, ouvrière d'usine. Réglée à 13 ans, très régulièrement, règles indolores, peu abondantes, durant 2 à 3 jours. Une sœur et un frère morts de bacillose. Elle aurait eu une fièvre typhoïde à 16 ans.

— Mariée en 1900, à l'âge de 17 ans. I grossesse immédiate. Tout normal. Enfant de 7 livres, nourri au biberon. A cause de l'éthylisme de son mari, elle divorce et reste stérile pendant 17 ans.

— II grossesse en 1920. Accouchement à terme. Sommet en OIGA. Travail normal. Enfant vivant de 3.350 grammes. Délivrance normale ; placenta 550 grammes, membranes complètes, rupture haute. Suites de couches normales.

— C'est au moment du travail qu'on constate un épaississement fibromateux localisé au niveau de la corne droite et un noyau du volume d'une noisette sur la partie antéro-latérale gauche de l'utérus.

Résumé. — Non allaitement, stérilité secondaire de 17 ans (fonction incomplète de reproduction). Epaississement et petit module fibromateux. Dilatation 11 heures et demie.

OBSERVATION XXIV (Clinique Obstétricale, n° 116), 1921

— II pare âgée de 40 ans. Toujours bien réglée et bien portante.

— I grossesse il y a 13 ans, à l'âge de 27 ans. Grossesse et accouchement normaux. Garçon de 3.000 grammes, élevé au biberon. Suites de couches normales.

— Reste stérile volontairement pendant 13 ans à cause du célibat.

— Se marie en 1919. Redevient enceinte en 1920. Dernières règles du 2 au 9 mai 1920. Gestation d'évolution normale. A la consultation, on constate au palper quelques modules fibromateux de la paroi antérieure de l'utérus, dont un gros comme une noisette, localisé dans la région sus-pubienne.

— L'engagement se fait avant le début du travail. Celui-ci survient le 9 février, à 21 heures. La femme entre à la salle de travail le 10, à 8 heures. Les contractions sont bonnes, survenatnt toutes les 15 minutes. Dilatation complète à 10 h. 20 (durée 13 h. 20), rupture tempestive des membranes. Au bout de 25 minutes, expulsion d'un enfant vivant de 2.930 grammes.

— Délivrance normale au bout d'une heure. Placenta 530 grammes, membranes complètes, rupture haute.

Résumé. — Fertilisation tardive (27 ans). Non allaitement. Stérilité secondaire (13 ans). Quelques petits nodules fibromateux. Dilatation 13 h. 20.

OBSERVATION XXV (Clinique Obstétricale, n° 136), 1921

— II pare âgée de 41 ans. Toujours bien réglée et bien portante.

— I grossesse à l'âge de 18 ans. Grossesse et accouchement normaux. Garçon nourri au biberon, mort à 18 mois de méningite. Suites de couches normales.

— Reste stérile ensuite volontairement à cause du célibat. Mais à la fin de 1919, elle se marie et désire avoir des enfants. Mari, 38 ans, éthylique, ayant eu du paludisme.

— II grossesse en 1920. Dernières règles du 10 au 15 mai. Vient consulter à la clinique à quatre mois. A cette occasion, on constate l'existence d'un petit placard fibromateux, localisé au fond utérin. Grossesse incidentée de quelques symptômes de pyélo-néphrite gravidique, qui cède au traitement médical ordinaire.

— Accouchement à terme. Sommet engagé en OIGA dès le début du travail. Celui-ci survient le 16 février, mais les douleurs sont petites.

— Le 17, à 18 heures, douleurs intenses et régulières. Entre à la salle de travail le 18, à 8 heures. Douleurs se succédant toutes les 15 minutes ; contractions énergiques et rythmées. A ce moment, dilatation comme 5 francs, poche des eaux intacte. A 10 heures, rupture précoce. Les contractions conti-

nuent à être efficaces et à se rapprocher. A 10 h. 45, la dilatation étant complète, la femme se met à pousser. A 11 h. 5, expulsion d'un garçon de 3.400 grammes, bien constitué et criant de suite.

— Délivrance normale au bout de 30 minutes. Placenta 520 grammes, légère rétention de caduque.

Au cours de l'accouchement, on constate que le placard fibromateux vu au cours de la gestation n'existe plus.

Résumé. — Non allaitement ; stérilité secondaire volontaire (23 ans). Placard fibromateux disparu à la fin de la gestation. Dilatation 16 h. 45. Sommet ; enfant vivant.

OBSERVATION XXVI (Clinique Obstétricale, n° 172), 1921

—V^e^ pare âgée de 37 ans. Réglée normalement, toujours bien portante. Mariée en 1907.

— I grossesse en 1905. Tout normal. Accouchement à terme. Enfant nourri au sein, mort à 18 mois de scarlatine. Suite de couches normales.

— II gestation en 1908. Accouchement prématuré à sept mois, à la suite d'une chute. Enfant mort la veille de l'accouchement. Epaule. Version. Suites normales.

— III gestation en 1909. Accouchement à terme. Epaule. Version. Enfant de 4.600 grammes, ayant vécu quatre minutes. Suites normales.

— IV gestation en 1911. Présentation de l'épaule. Accouchement provoqué à trois semaines du terme. Enfant mort au cours des manœuvres obstétricales. Suites normales.

— Puis la femme reste stérile jusqu'à présent, malgré un vif désir des deux conjoints d'avoir des enfants. Il est à noter qu'après la quatrième grossesse, la femme perdait en blanc abondamment entre les périodes menstruelles.

— V grossesse actuelle. Dernières règles du 1^er^ au 5 juin 1920. Grossesse normale. Sur les conseils de son médecin, elle vient à la Clinique Obstétricale où elle entre le 24 février 1921, étant près du terme.

A l'examen, on constate l'existence d'un petit fibrome sessile gros comme une noix, inséré sur l'utérus à droite de l'ombilic. Tête fœtale légèrement désaxée vers la fosse iliaque gauche. On corrige la présentation par la ceinture et on laisse la femme attendre le début du travail.

— Le 27 février, à 23 heures, premières contractions douloureuses (un peu avant terme). A minuit, col dilaté comme 50 centimes. OIGA.

— Le 28, à 9 heures, rupture précoce des membranes, après quoi la tête applique mieux sur le segment inférieur. Les contractions semblent s'accélérer au cours desquelles le petit fibrome est facilement palpable. Mais le travail ne progresse pas aussi rapidement qu'on devait s'y attendre chez une grande multipare. A 10 heures, contractions toutes les deux minutes, bonnes, efficaces. A 10 h. 30, dilatation complète. Expulsion d'un garçon de 2.540 grammes, au bout de cinq minutes.

— Délivrance normale. Placenta 775 grammes. Membranes complètes ; caduque épaissie.

— Suites de couches normales.

Résumé. — Grande multipare. Non allaitement pendant trois grossesses successives. Stérilité secondaire entre la quatrième et la cinquième (10 ans). Petit fibrome gros comme une noix. Sommet un peu avant terme. Enfant vivant. Dilatation 11 h. 35. Endométrite.

OBSERVATION XXVII (Clinique Obstétricale, n° 200), 1921

— III pare âgée de 27 ans. Réglée à 14 ans, régulièrement, règles indolores, peu abondantes. Signes de rachitisme. Mariée en 1914, à l'âge de 20 ans.

— I grossesse en 1914. Travail à terme. Enfant succombé au cours du travail. Basiotripsie. Suites de couches normales.

— II grossesse en 1920. Stérilité secondaire de 6 ans, la femme ayant été séparée de son mari. Grossesse normale. Ecoulement sanguin léger à l'époque des règles pendant les six premiers mois. Diamètre utile : 8 centimètres. Césarienne à

la Clinique Obstétricale de Nancy. Enfant de 3.100 grammes, nourri au sein pendant 8 mois. Suites normales.

— III grossesse actuelle. Dernières règles du 2 au 10 juin 1920. Ecoulement sanguin léger jusqu'à 7 mois correspondant à l'époque des règles.

— Travail à terme. Tête haute débordant la symphyse. Césariennne le 9 mars, à la Clinique Obstétricale de Nancy (MM. les professeurs Fruhinsholz et Binet). Au cours de l'opération, on constate l'existence d'un petit fibrome sous-séreux gros comme un pois, inséré sur la paroi antéro-supérieure gauche de l'utérus. Enfant de 3.500 grammes.

— Placenta 510 grammes, légère inertie secondaire.

Résumé. — Multipare. Rétrécissement du bassin. Non allaitement ; stérilité secondaire (5 ans). Fibrome comme un pois. Césarienne. Enfant vivant.

OBSERVATION XXVIII (M. Fruhinsholz), 1909

— II pare de 39 ans, mariée depuis deux ans. Devient enceinte tout de suite après son mariage.

— I grossesse il y a un an. Grossesse et accouchement normaux. Enfant chétif mort à 10 jours.

— II grossesse actuelle. Evolution normale. Travail à terme. Rupture précoce des membranes. Présentation de l'épaule. Je fais une version interne et constate l'existence de deux petits fibromes gros comme une petite mandarine, insérés l'un sur le segment inférieur le long de son bord droit, l'autre au niveau de la corne gauche.

— Suites de couches normales.

Résumé. — Fertilisation tardive (37 ans). Non allaitement (fonction incomplète de reproduction). Deux petits fibromes gros comme une petite mandarine. Epaule. Version.

OBSERVATION XXIX (M. Fruhinsholz), 1911

— II pare âgée de 40 ans, mariée une première fois à 28 ans. Grossesse immédiate ; grossesse et accouchement normaux.

— Remariée, redevient enceinte facilement. Présente dans le dernier mois de sa grossesse, à la hauteur de l'ombilic, un petit fibrome gros comme une noix.

— Accouchement normal à terme.

— Suites de couches normales.

Résumé. — Fertilisation tardive (28 ans). Stérilité secondaire (12 ans). Petit fibrome gros comme une noix. Sommet à terme.

OBSERVATION XXX (M. Fruhinsholz), 1912

— III pare âgée de 28 ans, mariée depuis un an. A fait deux avortements jeunes (6 semaines et 2 mois) au début de son mariage.

— La III grossesse est marquée par un petit écoulement sanguin vers six semaines. Evolution normale avec albuminurie légère. L'utérus est mal formé avec la corne droite très développée et un nodule fibreux gros comme une cerise sur la partie moyenne et médiane de la face antérieure.

— L'accouchement est légèrement prématuré. Durée de travail 24 heures. Enfant vivant de 2.850 grammes.

— Suites normales.

Résumé. — Fertilisation tardive (27 ans). Deux avortements. Fibrome comme une cerise. Sommet un peu prématuré. Travail lent (24 heures).

OBSERVATION XXXI (M. Fruhinsholz), 1913

— IV pare âgée de 38 ans, mariée très jeune. A présenté des hémorragies de la délivrance à l'occasion des couches antérieures.

— Vue à l'occasion de la quatrième grossesse. Présente à ce moment un petit fibrome net dans l'épaisseur de la paroi utérine au-dessus et à droite de l'ombilic, et un épaississement fibreux diffus en placard dans la région inféro-droite de l'utérus.

— Accouchement un peu avant terme. Rupture prématurée des membranes. Travail relativement lent. Durée 8 heures. Enfant de 3.500 grammes. Légère inertie utérine consécutive à la délivrance.

— Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXII (M. Fruhinsholz), 1914

— II pare âgée de 39 ans. A eu son premier enfant après quatre ans de mariage (25 ans). Présentation du siège. Puis une période de stérilité de 14 ans.

— Redevient enceinte et fait un avortement de six semaines. Elle expulse un œuf hydramniotique. A cette occasion, on constate sur la paroi antérieure de l'utérus l'existence de deux petits fibromes gros comme un pois et un grain de raisin.

— Les suites de l'avortement sont normales.

Résumé. — Stérilité secondaire de 14 ans. Petits fibromes gros comme un pois et un grain de raisin. Avortement de six semaines (œuf mal formé).

OBSERVATION XXXIII (M. Fruhinsholz), 1914

— II pare âgée de 34 ans, mariée depuis 9 ou 10 ans.

— 1 accouchement il y a 8 ans.

— Au cours de la deuxième grossesse (après 8 ans de stérilité secondaire), présente dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus un nodule fibromateux gros comme une noisette. Grossesse normale.

Accouchement légèrement prématuré. Rupture préma-

turée des membranes. Durée du travail 9 heures. Enfant de 3.000 grammes, vivant.

— Délivrance et suites de couches normales.

Résumé. — Stérilité secondaire (8 ans). Petit fibrome gros comme une noisette. Sommet un peu prématuré]; enfant vivant.

OBSERVATION XXXIV (M. Fruhinsholz), 1919

— II pare âgée de 29 ans, mariée à 18 ans. Fait au début de son mariage un avortement gemellaire. Reste ensuite stérile volontairement. Mari prisonnier pendant la guerre. Femme enceinte sitôt le retour du mari.

— La grossesse évolue normalement. Au sixième mois, on constate l'existence d'un épaississement fibromateux (comme une noix verte), limité à la partie postérieure du segment inférieur.

— Est perdue de vue ultérieurement.

Résumé. — Avortement. Stérilité secondaire (10 ans). Petit fibrome gros comme une noix verte.

OBSERVATION XXXV (M. Fruhinsholz), 1920

— II pare âgée de 34 ans. I accouchement en 1914, normal ; grossesse survenue peu après le mariage.

— Stérilité secondaire de 1914 à 1920, à cause de la guerre.

— Nouvelle grossesse en 1920, qui révèle l'existence de deux petits fibromes gros comme une noisette chacun, insérés sur la paroi antéro-latérale droite de l'utérus.

— Evolution normale jusqu'à terme. Le travail est très rapide. Enfant de poids moyen.

— Suites incidentées par une légère infection à point de départ cervical.

Résumé. — Stérilité secondaire (6 ans). Petits fibromes gros comme une noisette. Sommet à terme. Enfant vivant.

OBSERVATION XXXVI (M. Fruhinsholz), 1920

III pare de 31 ans ; mariée à 27 ans.

— I grossesse à 28 ans. Tout normal.

— II grossesse un an plus tard. Tout normal.

— III grossesse actuelle. Evolution normale. Examinée vers le sixième mois, présente deux petits fibromes gros comme une mandarine chacun, insérés au niveau du segment inférieur ; l'un est garé dans la fosse iliaque gauche ; le deuxième est rétro et sous-pubien, il pointe vers l'excavation secondairement vers le septième mois révolu. Le deuxième fibrome se gare au-dessus du pubis et la présentation s'engage.

— Elle est actuellement au voisinage du terme et attend d'accoucher d'un moment à l'autre.

Résumé. — Fertilisation tardive (27 ans). Deux petits fibromes gros comme une mandarine.

OBSERVATION XXXVII (M. Fruhinsholz), 1920

— II pare âgée de 42 ans, mariée depuis un an. Fait au début du mariage un avortement de six semaines.

— Actuellement enceinte pour la deuxième fois. La grossesse est en cours. Evolution normale.

— A l'examen, on constate l'existence d'un petit fibrome gros comme un grain de raisin inséré sur la paroi antérieure, dans sa partie moyenne.

Résumé. — Fertilisation tardive (41 ans). Avortement. Petit fibrome gros comme un grain de raisin.

CONCLUSIONS

I. — Le petit fibrome utérin se développe à la faveur de la stérilité primaire, d'où sa fréquence relativement grande chez les primipares âgées.

II. — Il s'observe aussi, mais moins fréquemment, chez les multipares comme la conséquence de la stérilité secondaire ou de l'inobservance de la fonction complète de reproduction (manque d'allaitement, avortements).

III. — Le petit fibrome n'a aucune influence défavorable, de son fait, à la conception et l'aptitude à la fécondation chez les femmes atteintes de graine de fibrome reste sensiblement la même que chez celles de même âge ne présentant aucune lésion fibromateuse apparente, toutes choses étant normales par ailleurs.

IV. — A part quelques incidents excessivement rares qui peuvent survenir au cours d'une grossesse compliquée de petit fibrome, l'évolution de la gestation n'est en rien gênée et va jusqu'à terme.

V. — Au cours du travail, la présence du petit fibrome peut assez souvent donner naissance à une dystocie d'origine utérine, se traduisant par l'inertie et la panne plus

ou moins complètes de la contraction utérine, d'où peuvent résulter : lenteur de la dilatation, souffrance fœtale et un nombre considérable des interventions obstétricales avec toutes leurs conséquences.

VI. — Au cours des suites de couches et ultérieurement, le petit fibrome suit l'involution utérine et peut disparaître, surtout lorsqu'il y a allaitement maternel et grossesses répétées, — d'où se dégage la conduite à tenir, notamment l'encouragement à la conservation du rythme harmonieux de la fonction de reproduction (Pinard).

VII. — Le meilleur traitement à opposer au fibrome naissant, c'est la fécondation.

Vu :
Nancy, le 22 mars 1921.
Le Président de la thèse,
Fruhinsholz.

Vu :
Nancy, le 25 mars 1921.
Pour le Doyen,
Weiss.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 26 mars 1921.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. Adam,
Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

Aubain et Golacz. — *Syphilis et Pathogénie des Fibromes.* Sem. Gyn. 1898, p. 239.

Barbier. — *Contribution à l'étude du sphacèle des Fibromes utérins au cours de la grossesse.* Th. de Bordeaux, 1920.

Berger. — *Suppuration des Fibromes au cours de la Puerpéralité.* Th. de Paris, 1907.

Berniole. — *Les Fibromes de l'utérus sous-péritonéaux, à pédicule tordu, au cours et en dehors de la grossesse.* Th. de Paris, 1906.

Benthyn. — *Zur Aetiologie des Uterusmyome. Monatschrift f. Geb.u. Gyn.*, 1914, p. 501.

Bigex (J.). — *Les Fibromes de l'utérus chez les Primipares âgées.* Th. de Paris, 1900.

Blanchard. — *Torsion du pédicule des Fibromes utérins sous-séreux pendant la grossesse.* Th. de Paris, 1907.

Botaro. .. *Fibroma quistico del utero.* Sem. med. B. Aires, 1919.

Boursier. — *Des Interventions chirurgicales dans les cas de dystocie par Fibromes.* Rapport au Congrès de Nantes. In *Ann. de Gyn.*, 1901.

Brindeau. — *Traitement des Fibromes gravidiques (Bull. Médical)*, Paris, 1906, p. 847.

Burty. — *Contribution à l'étude des Fibromes compliqués de grossesse.* Th. de Paris, 1907.

Cleicz. — *Contribution à l'étude des Fibromes gravidiques,* d'après les documents recueillis à la Maternité de Nancy. Th. de Nancy, 1908.

Claisse. — *Recherches sur le développement des Fibro-myomes et des Anédomyomes de l'utérus.* Th. de Paris, 1900.

Cruveilhier. — *Tr. d'Anat. pathol. génér.*, t. LXXXV, l. III, p. 666.

Cavaillon. — *Lyon Médical*, 1902.

Chavannaz. — *Sphacèle du Fibrome gravidique* (*Revue de Chirurgie*, nos 7 et 8, 1919).

De Rance. — *Hérédité dans l'Etiologie des corps fibreux de l'utérus*. Congrès de Montpellier, 1898.

Downer. — *The Lancet*, 16-12-1921.

Engstrom. — *Ueber das Myom des Gebärmutter während des Wochenbetts. Mitteil. Engstrom*, Bd VIII, Hfp. 1, p. 1.

Fehling. — *Zur Aetiologie des Uterusmyome.* (*Zentralbl. f. Gyn.*, 1900, n° 29).

Freund. — *Myoma und Graviditaet. Aertzte Verein in Strasburg*, 1905.

Gauche (S.). — *Accouchement chez les Primipares âgées* (*Ann. de Gyn.*, 1905).

Gaill-Thomas. — *Pract. treatise of the deseases of Women. Phil.*, 1872, p. 485.

Gottschalk. .. *Ueber die Histogenese und Aeteliogie des uterus myoma.* (*Zentralbl. f. Gyn.*, 1894, n° 44, p. 1017, et *Ann. de Gyn.*, 1896, p. 343).

— *Zur Aetiologie des Uterusmyoma* (*Sam. Klin. Vortr.*, 1900, n° 275).

Gusserow. — *Die Neubildungen des Uterus*, Stuttgart, 1878.

Hartmann et Mlle Yakchitch. — *Ann. de Gyn.*, 1918.

Hepp. — *Sclérose utérine et Métrites chroniques*. Th. de Paris, 1899.

Hofmeier. .. *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1894.

— Congrès international de Médecine, Paris, 1900.

Jamain. — *Fibromes utérins et Puerpéralité*. Th. de Paris, 1907.

Joubert. — *Des inter. chirurg. au cours de la gross. compl. de Fibrome*. Th. de Paris, 1907.

Klebs. — *Wolkmann's Sam. Klin. Vortr.*, 1898.

Kleinwachter. — *Handbuch der pathol. Anatomie.* Bd. 1, Berlin.

Keiffer. — *Recherches sur l'étiologie et le développement des Myomes utérins* (*Presse Méd.* du 30 avril 1898).

— *Des Fibromes pendant la grossesse* (*Gaz. de Gyn.*, Paris, 1907.

— *Du Mécanisme de la régression spontanée des Fibromyomes de l'utérus au cours de la grossesse* (*Ann. et Bull. Soc. roy. des Sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1919).

Lofgvist. — *Fibro-myome et Conception*, Engstrom Bd VIII, Hfp. 1, p. 111.

Méheut. — *Contribution à l'étude des Fibromes gravidiques. Rareté des indications à l'intervention au cours de la grossesse.* Th. de Paris, 1902.

Monnier. — *Polype fibreux ou fibrome pédiculé chez une jeune fille de 17 ans* (*Paris Chirurg.*, 1910, p. 412).

Paul-Dalché. — *Considérations sur l'étiologie et sur la pathogénie des Fibromes* (*J. de Méd. et de Chir.* du 25 juillet 1920, p. 521).

Pestallozza. — *Fibromi d'uteri e grandanza.* Pavie, 1890.

Pilliet. — *Une Hypothèse sur l'origine des Fibro-myomes* (*Bull. Soc. Anat.*, janvier 1894).

Pilliet et Costes. — *Contrib. à l'étude de l'anath. path. des Fibromes de l'utérus et de ses annexes.* Soc. de Biologie, 20-10-1894.

Pinard. — *Soc. d'Obst., de Gyn et de Paed.*, juin et juillet 1901.

— *Des Fibro-myomes de l'utérus et en particulier des causes qui favorisent leur éclosion* (*Ann. de Gyn.*, janvier 1905).

Potocki et Sauvage. — *Soc. d'Ob., de Gyn. et de Paed. de Paris*, séance du 3 avril 1911. In *Ann. de Gyn.*, 1912, p. 117.

Potwisotsky. — *Tr. de Pathologie générale.*

Paupko. — *Etiologie et Pathogénie des Fibromes.* Th. de Paris, 1913.

Pozzi. — *Traité de Gynécologie*, III[e] édition.

Prochownick. — *Zur Aetiologie des Myome uteri* (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1892, n° 7).

Richelot. — *Chirurgie de l'utérus*. Paris, 1902.

Roesger. — *Ueber Baut. u. Entschung des myoma uteri* (*Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd xviii).

Routier. — *Soc. d'Obst., de Gyn. et de Paed.*, octobre 1901. *Soc. de Chirurgie*, avril 1902.

Rüge. — *Zeutralbl. f. Gyn.*, 1899, p. 655.

Schwartz et Hepp. — *Tr. de Chirurgie de Le Dentu-Delbet.*

Secheyron. — *Des accidents de la grossesse dans les utérus avec petit fibrome* (*Sem. Gyn.*, 1897, p. 145).

Seitz. — *Munch. Med. Woch.*, 1911, p. 1281.

Sparocchi. — *Hérédité des Myomes utérins* (*Annali di Obstétrica Ginecologia*, 1899, n° 4).

Tarnier. — *Art des Accouchements*, l. iii, p. 439-464.

Treub. — *Du Fibrome utérin*. In *Pratique de l'Art des Accouchements*, Paris, 1907.

Turner. — *Des Interventions chirurgicales dans les Fibromes gravidiques*. Th. de Paris, 1900.

Varnier. — *Obstétrique Journalière*, 1900.

— *Ann. de Gyn.*, août 1901.

Vedeler. — *Zur Aetiologie des Myoma uteri* (*Zentralbl. f. Bakt.*, xvii, 7 et 8, p. 249).

Vermelin (H.). — *Le petit Fibrome et la Gestation* (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, n° 6 de 1920).

Vignes (H.). — *Influence de la Gestation sur les Fibromes* (*J. des Praticiens*, 12 février 1921).

Vladimirof. — *Zur Aetiologie des utérus myoma*. In *Ann. de Gyn.*, 1912, p. 110.

Ycard. — *De l'étiologie des Fibro-myomes de l'utérus, en particulier chez les Femmes multipares*. Th. de Paris, 1905.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 5

PREMIÈRE PARTIE

Chapitre I. — Le petit fibrome utérin..... 9

Chapitre II. — Considérations sur l'étiologie et la pathogénie des fibromes utérins en général.... 12

Chapitre III. — De la stérilité comme cause de fibromes utérins..... 17

Chapitre IV. — I. Petit fibrome chez les primipares âgées..... 22

II. Petit fibrome chez les multipares..... 25

Chapitre V. — Influence du petit fibrome sur la conception..... 30

DEUXIÈME PARTIE

Chapitre I. — Influence de la grossesse sur le petit fibrome 38

Chapitre II. — Influence du petit fibrome sur l'évolution de la grossesse..... 44

Chapitre III. — Le petit fibrome et le travail..... 48

Chapitre IV. — Influence de l'allaitement maternel et des grossesses répétées sur le petit fibrome.. 56

Chapitre V. — Diagnostic. Pronostic. Traitement.. 59

Chapitre VI. — Observations..... 64

CONCLUSIONS..... 91

BIBLIOGRAPHIE..... 93

Imp. A. COLIN, 11, Rue des Quatre-Eglises, NANCY